UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1915 — N° 8

CONTRIBUTION

à l'Étude des Procédés de

Dilatation Temporaire ou Permanente DE L'UTÉRUS

dans les Affections Gynécologiques

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 3 Juillet 1915

PAR

Mme TORRE, née Louise-Hortense MONOURY

Née à Maillot (Algérie), le 17 Mars 1887

MEMBRES DU JURY :

MM. ROUVIER, *professeur de clinique obstétricale*..... PRÉSIDENT.

HÉRAIL, professeur de matière médicale et thérapeutique
POUJOL, professeur d'anatomie pathologique.....
FERRARI, chargé des fonctions d'agrégé de pathologie, de cliniqueexterne et de clinique obstétricale. } ASSESSEURS.

ALGER

IMPRIMERIE CENTRALE — LOUIS BOUDET

9, RUE DUCOS-DE-LA-HITTE

1915

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen	MM. CURTILLET (✻, I. ✿).
Assesseur	TRABUT (✻, I. ✿, O. ❁).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (I. ✿).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✿).
Physiologie	REY (✻, I. ✿).
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✿).
Clinique Chirurgicale	VINCENT (I. ✿).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées	BRAULT (✻, I. ✿).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (✻, I. ✿).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✻, I. ✿).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✻, A. ✿).
Chimie médicale et toxicologie	MALOSSE (I. ✿, ◎).
Pharmacie	BATTANDIER (I. ✿).
Matière médicale et thérapeutique	HÉRAIL (I. ✿).
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT (✻, I. ✿, O. ❁).
Pathologie générale, microbiologie	SOULIÉ (I. ✿).
Hygiène et médecine légale	CRESPIN (I. ✿).
Histologie	ARGAUD (I. ✿).
Physique médicale	DUFOUR (I. ✿).

CHARGÉ DE COURS, PROFESSEUR ADJOINTT

Chimie biologique	M. SAMBUC (I. ✿).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Médecine générale	MM. GILLOT (I. ✿).
Physiologie	BATTEZ.

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Chaires d'anatomie et de physiologie	MM. LEBLANC (A. ✿).
Chaires de pathologie et de clinique externe et de clinique obstétricale	E. CABANES (A. ✿). FUSTER.
Chaires de chimie et de physique	MALOSSE (A. ✿).
Chaires de pharmacie et de matière médicale	MUSSO.
Section de médecine générale	RAYNAUD.
Section de chirurgie	LOMBARD.
Section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine	NÈGRE.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1915 — N° 8

CONTRIBUTION

à l'Étude des Procédés de

Dilatation Temporaire ou Permanente DE L'UTÉRUS

dans les Affections Gynécologiques

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 3 Juillet 1915

PAR

M^me^ TORRE, née Louise-Hortense MONOURY

Née à Maillot (Algérie), le 17 Mars 1887

MEMBRES DU JURY :

MM. ROUVIER, *professeur de clinique obstétricale*..... PRÉSIDENT.

HÉRAIL, professeur de matière médicale et thérapeutique
POUJOL, professeur d'anatomie pathologique..... } ASSESSEURS.
FERRARI, chargé des fonctions d'agrégé de pathologie, de cliniqueexterne et de clinique obstétricale.

ALGER

IMPRIMERIE CENTRALE — LOUIS BOUDET

9, RUE DUCOS-DE-LA-HITTE

1915

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen..... MM. CURTILLET (✻, I. ✿).
Assesseur..... TRABUT (✻, I. ✿, O. ❁).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (I. ✿).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✿).
Physiologie	REY (✻, I. ✿).
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✿).
Clinique Chirurgicale	VINCENT (I. ✿).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées	BRAULT (✻, I. ✿).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (✻, I. ✿).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✻, I. ✿).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✻, A. ✿).
Chimie médicale et toxicologie	MALOSSE (I. ✿, ◎).
Pharmacie	BATTANDIER (I. ✿).
Matière médicale et thérapeutique	HÉRAIL (I. ✿).
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT (✻, I. ✿, O. ❁).
Pathologie générale, microbiologie	SOULIÉ (I. ✿).
Hygiène et médecine légale	CRESPIN (I. ✿).
Histologie	ARGAUD (I. ✿).
Physique médicale	DUFOUR (I. ✿).

CHARGÉ DE COURS, PROFESSEUR ADJOINTT

Chimie biologique ..... M. SAMBUC (I. ✿).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Médecine générale	MM. GILLOT (I. ✿).
Physiologie	BATTEZ.

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Chaires d'anatomie et de physiologie	MM. LEBLANC (A. ✿).
Chaires de pathologie et de clinique externe et de clinique obstétricale	E. CABANES (A. ✿). / FUSTER.
Chaires de chimie et de physique	MALOSSE (A. ✿).
Chaires de pharmacie et de matière médicale	MUSSO.
Section de médecine générale	RAYNAUD.
Section de chirurgie	LOMBARD.
Section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine	NÈGRE.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON MARI

A MON FILS

A MA MÈRE ET A MES SŒURS

Faible témoignage de ma reconnaissance infinie

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur ROUVIER

Professeur de Clinique obstétricale

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR FERRARI

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER
ET DE L'HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Depuis que nous avons entrepris les études médicales, il nous est souvent arrivé d'évoquer par la pensée le moment où, parvenue au terme officiel de nos études, il nous serait permis d'adresser un hommage public à tous ceux qui nous ont instruite de leurs leçons, en même temps qu'un souvenir affectueux à tous nos camarades, parmi lesquels nous comptons de sûrs amis.

Cette salle, où nous avons écouté tant de fructueuses leçons, nous nous l'imaginions pleine de nos compagnons d'études, pleine de visages gais et souriants et de mains tendues. Mais la salle est silencieuse et presque vide. Tous sont partis accomplir un devoir austère que leur force et leur jeunesse feront joyeux. Notre admiration va d'abord à tous ceux, Maîtres et Camarades, qui sont allés sur les champs de bataille apporter à nos héroïques soldats le concours de leur science et de leur dévouement.

En cette circonstance, nous sommes heureuse de pouvoir unir leurs noms dans un même sentiment de respect, d'estime et de reconnaissance.

Le souvenir de notre cher ami Eugène Mattéi, et de nos camarades les docteurs Allaux et Calamel, morts pour la Patrie, ne s'effacera jamais de notre mémoire.

En médecine, M. le professeur Soulié nous a prodigué, avec une bienveillance toute paternelle, les fruits de sa science et de son expérience incessante. Nous n'oublierons jamais, avec les conseils pratiques et les encouragements qu'il n'a cessé de nous prodiguer, les exemples de bonté et de justice envers les malades dont nous avons été le témoin dans son service.

Nous avons complété notre stage médical dans les services de M. le professeur Ardin-Delteil et de M. le professeur Gillot, à El-Kettar. Nous les assurons ici de notre reconnaissance pour les précieuses leçons auxquelles nous avons assisté dans leurs services.

Nous remercions bien vivement M. le docteur Ferrari qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous a guidée dans notre travail.

M. le professeur Rouvier nous a fait l'honneur de présider notre thèse : qu'il soit assuré de notre vive gratitude.

Nous garderons le meilleur souvenir de notre passage dans le service de M. le docteur Aboulker que nous remercions de son amicale bienveillance et de la grande initiative qu'il nous a toujours laissée.

Nous remercions MM. les professeurs Brault, Curtillet, Vincent et Crespin pour le bienveillant accueil que nous avons reçu dans leurs services

et qui nous ont toujours prodigué leur précieux enseignement.

Nous n'oublions pas MM. les docteurs Moggi, Lombard, Dumollard, Aubry, Coudray, Montpellier et Raynaud, pour les excellents conseils qu'ils nous ont donnés.

Que nos Maîtres de la Faculté d'Alger, MM. les professeurs Weber, Argaud, Leblanc, Cabanes, Fuster, Poujol, Hérail, soient assurés ici de toute notre reconnaissance.

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

La dilatation de l'utérus a pris en gynécologie une telle importance, qu'elle a donné lieu à des publications nombreuses et diverses. Les procédés de dilatation sont très variés, et le praticien peut ne pas savoir choisir tel ou tel mode approprié à une affection déterminée. D'autre part, elle a donné lieu à des accidents parfois redoutables, qui font que son emploi systématique peut conduire à des déboires dans certains cas. C'est pourquoi nous avons pensé, en réunissant les travaux parus, en relisant les observations publiées, qu'un travail d'ensemble sur cette question serait utile, et nous nous proposons, dans notre thèse inaugurale, de traiter du rôle diagnostique et thérapeutique de la dilatation utérine dans les affections gynécologiques, de ses indications et de ses dangers.

Nous employons le mot de dilatation dans son acception la plus large, c'est-à-dire dans le sens d'agrandissement temporaire ou permanent de la cavité cervicale ou de l'un ou l'autre des orifices du col.

Notre travail se trouvera divisé en cinq chapitres.

Dans un premier, nous décrirons les différents procédés opératoires et leur technique.

Nous parlerons du rôle diagnostique de la dilatation dans un deuxième chapitre. Son rôle thérapeutique fera l'objet d'un troisième chapitre.

Les quatrième et cinquième chapitres, dans lesquels nous traiterons des indications de la dilatation et de ses dangers, constitueront la partie la plus importante de notre travail, celle dans laquelle nous exposerons nos idées personnelles sur la question.

Enfin, dans nos conclusions, nous ferons une critique de la dilatation en général, qui nous permettra de dire si son champ d'action doit s'étendre, ou au contraire, se restreindre.

Bien avant d'être employée en gynécologie, la dilatation du col de l'utérus a été pratiquée en obstétrique par A. Paré, Celse et Guillemau qui, en 1609, pour obtenir la dilatation utérine, « introduisaient un à un, dans la cavité cervicale, les doigts d'une main, les disposant en cône, et les faisaient pénétrer peu à peu jusqu'à l'orifice interne ».

A Simpson revient l'honneur d'avoir le premier conçu et réalisé un moyen « inoffensif de dilater la cavité du col et du corps de l'utérus, de façon à pouvoir introduire un doigt dans cette cavité, faire le diagnostic et opérer ». (Communication à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg, 1844.)

Le moyen qu'il préconisait consistait dans la dilatation graduelle du col au moyen de tentes éponges introduites dans l'orifice et la cavité de l'utérus.

Depuis cette époque, de grandes modifications

ont été apportées dans les moyens employés pour obtenir la dilatation.

La laminaire est introduite en gynécologie par Sloan (1862).

Plus tard, Winckel propose la racine de gentiane (1867) et Elischer la tige de tupelo (1880).

En 1879, Schultze, pour obtenir la dilatation rapide de l'utérus. imagine un dilatateur métallique composé de branches divergentes. Il a été isuiv dans cette voie et, aujourd'hui, il existe de nombreux dilatateurs à branches, ceux d'Elinger, de Pichevin, de Scanzoni, etc.

Praslee paraît avoir le premier introduit en gynécologie l'emploi des dilatateurs à diamètres gradués. Il en existe plusieurs modèles : ceux de Praslee sont des bougies cylindriques en acier, ceux de Lawson Tait sont coniques, ceux de Hank en gomme durcie. Ceux de Hégar sont les plus employés de nos jours et connus de tous les gynécologues.

M. Sécheyron, de Toulouse, pour obtenir une dilatation rapide lui permettant d'extraire les fibrômes utérins par les voies génitales, emploie une méthode bi-manuelle, qui n'est autre que celle que Bonnaire décrivit en 1897 et qui est couramment suivie en obstétrique.

Lisfranc est le premier qui ait recours à un procédé sanglant de dilatation du col : la discision de l'orifice externe, bientôt suivi par Simpson, Jobert (1843), Oldham, Malgaigne, etc.

La discision de l'orifice externe a été vulgarisée par Sims (1866).

D'autres procédés chirurgicaux, pour arriver à

établir une dilatation permanente de l'orifice utérin, ont été préconisés dans ces vingt-cinq dernières années par de nombreux chirurgiens. Ce sont les procédés de Simon-Marckwald, de Dudley (1891), de Rosner (1897), de Pozzi (1898), de Jaquet, etc.

Ces procédés constituent de véritables opérations plastiques et seront traités dans le premier chapitre de notre thèse.

CHAPITRE I

Procédés opératoires

Nous entendons par procédé de dilatation du col de l'utérus une opération permettant d'obtenir un agrandissement du diamètre de l'un ou l'autre des orifices du col, que cet agrandissement soit temporaire, répété ou permanent.

Nous pouvons diviser les différents procédés de dilatation du col en deux classes principales :

I. — Procédés permettant d'obtenir une dilatation temporaire de l'utérus, ou procédés de dilatation proprement dite, qui peuvent être divisés en deux groupes :

Procédés non sanglants.

Procédés sanglants.

II. — Procédés permettant d'établir une dilatation permanente du col de l'utérus : procédés chirurgicaux ou de :

Stomatoplastie.

Procédés non sanglants

Ces procédés comprennent :

a) La *dilatation lente* au moyen de substances turgescentes (laminaires, éponges, racine de gentiane) qui, sous l'influence de leur imbibition par les sécrétions utérines, augmentent de volume et distendent, en même temps, la cavité cervicale.

b) La *divulsion,* qui consiste à dilater le col au moyen de dilatateurs métalliques à branches divergentes.

c) La *dilatation immédiate progressive* à l'aide de dilatateurs gradués comme ceux de Praslee, de Tait, de Hégar.

d) La *dilatation bi-manuelle* (Sécheyron).

Nous décrirons successivement ces procédés en nous étendant davantage sur les plus connus d'entre eux.

DILATATION AUX LAMINAIRES

Il faut employer des laminaires aseptiques, un spéculum et des pinces stériles, et désinfecter soigneusement le vagin de la patiente.

On fait une injection vaginale, la femme étant en position dorso-sacrée. On met à découvert le col au moyen d'un spéculum ou de deux valves de Simon. L'opérateur saisit la lèvre antérieure du col avec une pince de Pozzi ou de Museux. Au préalable, on s'est assuré par la palpation bi-manuelle et le cathétérisme, de la direction de l'utérus. La tige de

laminaire est placée au bout d'une pince longue et introduite doucement dans le col en tenant compte de la direction de la cavité utérine et en ayant soin de laisser sortir du col l'extrémité munie d'un fil. Si l'introduction d'une grosse laminaire est trop douloureuse, on peut la remplacer par plusieurs laminaires plus petites placées en faisceau. On enlève la pince fixatrice, on met un tampon de gaze aseptique sur le col, et on retire le spéculum.

La malade doit garder le lit.

On laisse la laminaire en place quelques heures, dix suivant Pozzi, vingt-quatre suivant Doléris.

Pour la retirer, il n'y a qu'à tirer sur le fil.

Il est préférable d'employer des laminaires perforées. Ainsi, tout en obtenant la dilatation, on assure et on maintient le drainage de l'utérus.

DIVULSION DE L'ORIFICE INTERNE

Pour pratiquer la divulsion de l'orifice interne, le praticien a à sa disposition de nombreux dilatateurs. Ils sont, en général, composés de deux ou trois branches divergentes qui, par leur écartement, provoquent la dilatation du col. Il faut, au moment de leur emploi, observer rigoureusement les règles de l'antisepsie. On obtient rapidement la dilatation, mais ces dilatateurs ont pour principal inconvénient de prendre point d'appui sur des points trop limités du col ; ils sont d'autant plus dangereux qu'ils agissent sur les points les moins résistants. C'est avec ces dilatateurs à branches qu'on observe le plus de déchirures, surtout lorsque la dilatation doit être poussée assez loin. Ils sont à peu près abandonnés aujourd'hui.

DILATATION IMMÉDIATE AUX BOUGIES DE HÉGAR

La malade est anesthésiée. On met le col à découvert, soit au moyen du spéculum, soit au moyen de valves. On s'est assuré au préalable de la direction de l'utérus.

On introduit dans le col une première bougie de petit calibre enduite de vaseline stérile ; immédiatement après on en passe une deuxième, puis une troisième. Si l'on rencontre de la résistance, on laisse séjourner la bougie une ou deux minutes, puis on passe aux numéros supérieurs. En un quart d'heure on peut arriver à une dilatation permettant l'introduction de l'index. Ce mode de dilatation est employé dans tous les cas où le col de l'utérus est mou et dilatable. La dilatation aux bougies sera rendue plus facile si on la fait précéder de la dilatation aux laminaires qui aura pour principal effet de ramollir l'utérus et le col.

L'association de ces deux procédés est très communément employée en gynécologie.

DILATATION BIMANUELLE

Nous décrirons ici le procédé de dilatation bimanuelle du col que M. Sécheyron emploie en gynécologie. Il n'est que l'application de la méthode décrite par Bonnaire et employée pour l'accouchement méthodiquement rapide. Cette méthode n'est d'ailleurs pas nouvelle : on en retrouve le principe dans le procédé déjà employé par A. Paré, Celse et Guillemau en 1609.

Nous empruntons la description qui va suivre à la thèse de M. Szelechowski (Toulouse, 1908) :

« Par des mouvements de vrille, on introduit l'index d'une main, en général de la main droite, jusqu'au niveau de l'orifice interne. Dès que l'extrémité du doigt est au niveau de cet orifice interne, elle en déprime en tous sens le pourtour par un véritable massage excentrique ; peu à peu, l'index se meut avec plus d'aisance, et il y a bientôt une place suffisante pour introduire l'index de l'autre main. Les deux doigts sont alors adossés sur toute leur étendue. Si le col est court, la mise en place des deux index sur l'orifice interne est facile ; il n'en est pas de même lorsque le col est élevé et qu'il a gardé toute sa longueur. Il faut alors faire abaisser par un aide le globe utérin. Les deux doigts pénètrent dans le col aussi profondément que possible ; ils prennent point d'appui sur les parois cervicales, les distendent en travers et les attirent par en bas. Lorsque les deux pulpes digitales ont fini par avoir sur l'orifice interne une prise solide, l'opérateur déplace les doigts en différentes directions, de façon à masser et à distendre les parois du col en tous sens. Cette pression digitale doit être lente, soutenue et sans à-coups ; il faut fatiguer le sphincter et non le violenter.

« Lorsque l'orifice commence à s'élargir, le médius est introduit à côté de l'index de la main correspondante ; les trois doigts adossés deux à un continuent le même travail jusqu'à ce que le médius de l'autre main puisse pénétrer à son tour. Au fur et à mesure que la dilatation progresse, on introduit successivement les auriculaires des deux mains qui ont alors une prise assez solide sur le col pour en achever la dilatation : toujours adossées par les

articulations métacarpo-phalangiennes, elles écartent les lèvres du col en agissant successivement dans les directions des divers diamètres du bassin et les amènent peu à peu presque au contact des parois du bassin.

« Cette dilatation, dont la production pourrait paraître douteuse ou pour le moins malaisée, est cependant facile chez la plupart des femmes, surtout chez les multipares. Elle n'exige pas plus de vingt minutes ». (Szelechowski.)

M. Szelechowski fait remarquer dans sa thèse que la dilatation manuelle de l'utérus trouve des contre-indications dans le cas où le col, au lieu d'être mou et dilatable, offre un certain degré de rigidité qui rend la dilatation très difficile, quelquefois même impossible.

Procédés sanglants

Ils sont très nombreux. Les principaux comprennent :

LA DISCISION DU COL

Ce procédé consiste à sectionner incomplètement, au moyen d'un bistouri boutonné, le canal cervical par des incisions longitudinales entamant la muqueuse interne sans intéresser la face vaginale du col.

LE DÉBRIDEMENT DE L'ORIFICE EXTERNE DU COL

C'est une opération plus sérieuse. A l'aide de ciseaux ordinaires ou de ciseaux spéciaux de Kuchenmeister, on fait de chaque côté du col une incision de 1 c/m à 1 c/m 1/2, qu'on referme

ensuite au catgut. Ce débridement est indiqué lorsque l'on est en présence d'un col induré, non dilatable, et qu'il faut faire une énucléation de fibrôme par exemple.

L'INCISION BILATÉRALE COMPLÈTE DU COL

On pratique une incision longitudinale de chaque côté du col atteignant l'insertion vaginale. M. le professeur Pozzi recommande de faire auparavant la ligature des artères utérines. Voici de quelle manière il procède à cette ligature :

La malade est endormie, en position lombo-sacrée ; la fourchette est abaissée par une valve et le vagin écarté d'un côté avec un écarteur. Le col est attiré par une pince du côté opposé. On rend ainsi accessible un cul-de-sac latéral. On cherche avec l'index les battements de l'artère utérine. Avec une aiguille de Deschamps, munie d'un fil de soie, on pique le cul-de-sac à un travers de doigt en dehors du col, en ayant soin de ne pas dépasser en avant le niveau d'une ligne transversale qui serait tangente au col antérieurement pour éviter l'uretère. Faire ressortir l'aiguille en arrière dans le vagin, le plus près possible de son point d'entrée (en chargeant le plus possible de tissu) et toujours à la même distance du col. Le fil est lié. On procède de même pour le côté opposé.

Opérations plastiques

Les principales opérations plastiques sont les suivantes :

PROCÉDÉ DE SIMON-MARCKWALD

Le plus ancien des procédés de stomatoplastie est celui de Simon-Marckwald.

Le col est divisé en deux valves, l'une antérieure, l'autre postérieure, par une incision du col de chaque côté, partant des commissures latérales. Sur chacune de ces valves, on pratique une excision conique qui empiètera autant sur la face interne que sur la face externe du col.

Quand les sutures sont faites, on a un orifice bien net, bien cerclé intérieurement de muqueuse à épithélium cilié.

PROCÉCÉ DE DUDLEY

Le procédé de Dudley a été surtout pratiqué en Amérique et en Angleterre.

On commence par dilater le col au moyen de laminaires ou de bougies de Hégar. Puis on fait un curetage de la cavité utérine. On fend ensuite le col d'avant en arrière jusque sur la paroi vaginale. On excise ensuite un petit segment cunéiforme dans chaque lèvre de l'incision et on suture aux crins de Florence chacune des lèvres évidées. L'orifice externe est ainsi agrandi et dirigé vers la paroi postérieure du vagin.

PROCÉDÉ DE M. LE PROFESSEUR POZZI
OU ÉVIDEMENT COMMISSURAL DU COL

Le col est mis à nu au moyen de valves, et on fait un débridement longitudinal de 1 à 2 centimètres de chaque côté du col au moyen de ciseaux. Puis on dilate aux bougies de Hégar, après avoir

fait l'hystérométrie de la cavité utérine. M. Pozzi a l'habitude d'aller jusqu'aux numéros 30 et 32, et recommande de pratiquer le curetage, qui peut n'avoir qu'une valeur exploratrice, mais qui souvent est nécessaire, à cause de la métrite cervicale ou corporelle qui accompagne la sténose de l'orifice externe.

Stomatoplastie. — 1er temps : le col a été divisé en deux lambeaux, un inférieur, un supérieur, au début de l'opération ;

2e temps : on excise un petit prisme de tissu dans chacune des plaies du col pour en diminuer l'épaisseur ;

3e temps : il faut réunir la muqueuse cervicale à la muqueuse vaginale d'une manière très exacte pour obtenir une cicatrisation par première intention. Pozzi se sert du fil d'argent à cause de sa finesse et de sa plus grande facilité de stérilisation.

On passe d'abord un premier fil au niveau de l'angle de section qui constituera la commissure nouvelle du col avec un fil d'argent un peu plus gros pour assurer l'hémostase.

Chaque plaie est ensuite recousue au fil d'argent. Pozzi, pour émousser la pointe des fils et les rendre plus faciles à enlever, écrase sur chacun d'eux un grain de plomb perforé et coupe tout ce qui dépasse. On retire les fils au bout de douze à treize jours.

Au bout de trois mois environ, « l'orifice est semblable à celui d'une femme qui aurait eu un enfant sans déchirure du col ».

PROCÉDÉ DE ROSNER

On pratique une incision de chaque côté du col avec un bistouri boutonné, sur une longueur de 1 centimètre et demi. Puis on taille de chaque côté, sur la lèvre antérieure, un lambeau longitudinal devenant conique dans la profondeur, se rattachant profondément à quelques millimètres au-dessus de l'angle de la plaie primitive. Puis on place un fil de catgut à l'extrémité du lambeau d'une part, d'autre part à l'angle de la plaie, au voisinage du canal cervical ; le lambeau est introduit entre les lèvres de la plaie et suturé. La petite plaie résultant de la formation du lambeau est fermée au catgut. Dans le canal cervical et entre les lèvres de la plaie, on introduit de la gaze et on tamponne le vagin.

OPÉRATION DE SCHRODER MODIFIÉE

Après curage et écouvillonnage de la cavité utérine, sectionner d'un coup de forts ciseaux les deux commissures du col jusqu'à l'insertion vaginale. Les deux lèvres du col s'écartent alors largement et laissent voir toute la cavité cervicale. Enlever ensuite toute la muqueuse malade jusque dans les angles latéraux et suturer les lambeaux deux à deux. Abattre aux ciseaux les reliefs laissés sur les parties latérales qui peuvent renfermer des points de sclérose ou des glandes malades, et placer deux ou trois points de suture sur ces parties latérales.

La modification à l'opération de Schroder consiste dans le prolongement profond des incisions

latérales, qu'il ne faut pas craindre de pousser loin quand le tissu inodulaire remonte haut

Ainsi, le col sera reformé avec une muqueuse à épithélium sain et avec un orifice aussi large qu'on le jugera convenable.

CHAPITRE II

Rôle diagnostique

La dilatation de l'utérus suivie du toucher intra-utérin joue un rôle très important dans le diagnostic de nombreuses affections gynécologiques et est souvent indispensable pour lever tous les doutes en cas de diagnostic incertain.

La dilatation suivie du toucher intra-utérin a été surtout employée pour reconnaître la cause des métrorragies.

Ces causes sont diverses. Nous rappelerons succintement les principales : l'endométrite, les polypes, les fibrômes, les tumeurs malignes.

Il est souvent impossible de faire le diagnostic différentiel entre ces affections, les symptômes : hémorragies, leucorrhée, douleurs, leur étant communs. Seule, la dilatation utérine, suivie du toucher intra-utérin, permettra un diagnostic ferme, et, partant, une thérapeutique appropriée et évitera souvent une erreur de diagnostic, dont la conséquence a été quelquefois une hystérectomie inutile.

La dilatation utérine est employée dans ce cas

soit pour permettre un curetage explorateur, soit pour le toucher intra-utérin.

Dans le premier cas, la dilatation du col est obtenue au moyen des bougies de Hégar ; une simple tige de laminaire peut quelquefois suffire ; d'autres fois, on peut faire usage d'un dilatateur métallique, puisque la dilatation ne doit pas être considérable. On se sert ensuite d'une curette mousse, avec laquelle on ramène des débris de la muqueuse. Les fragments de grattage sont soumis à un examen histologique.

Mais souvent le curetage est insuffisant, par exemple dans les cas où il existe un petit polype que la curette n'a pas atteint.

Dans ce cas, il vaut mieux employer le toucher intra-utérin.

Antérieurement, Vuillet de Genève, dilatait l'utérus de façon à pouvoir inspecter directement sa cavité. Il obtenait d'abord une petite dilatation par un moyen quelconque, puis bourrait la cavité utérine de tampons aseptiques ; ce tamponnement reste à demeure 48 heures ; au bout de ce temps on lui en substitue un autre plus volumineux. Au bout de quinze à vingt jours, pendant lesquels on a pratiqué six à huit obturations successives, la dilatation est telle que toute la cavité utérine devient visible, grâce à un petit spéculum bivalve.

Mais ce procédé est lent et douloureux.

Il a cédé la place au toucher intra-utérin.

TECHNIQUE

Il faut préparer la malade avec soin et observer les règles de l'antiseptie la plus rigoureuse.

La désinfection comprend un savonnage de la vulve et du vagin, des injections vaginales avec des solutions d'eau oxygénée.

Dans le cas de col mou et déjà légèrement dilaté, on complète largement et rapidement la dilatation au moyen de bougies de Hégar.

Si la dilatation doit être poussée assez loin, l'anesthésie est indispensable. On obtient alors la dilatation (qu'on aura pu commencer les jours précédents aux laminaires) par les bougies de Hégar.

Le plus souvent, on peut introduire au premier coup une laminaire correspondant au n° 6 ou 9 de la filière Charrière. La tige est laissée en place de 12 à 24 heures. Au bout de ce temps on la retire, et on la remplace par un numéro plus fort. On arrive ainsi en 3 ou 4 jours à introduire le n° 19; la dilatation est alors complétée aux bougies de Hégar.

On doit arriver à introduire les bougies n^{os} 19 et 20 ; la dilatation permet alors l'introduction de l'index.

Dans le cas où le col ne se laisse pas dilater par ces moyens, on peut employer la discision du col et même la section bilatérale du col ; les plaies seront suturées aux crins de Florence une fois l'exploration terminée.

Voici, empruntées à la thèse de Maury, quelques observations de métrorragies dont la cause n'a été connue que par la dilatation suivie du toucher intra-utérin :

OBSERVATION I (In thèse Maury, p. 37)

Métrorragie due à une métrite fongueuse
Toucher intra-utérin. — Curetage.

Mme L....., âgée de 24 ans ; mariée depuis deux ans, n'a pas eu d'enfants, ni de fausses-couches.

La malade a commencé à souffrir il y a six ans. A ce moment, elle avait des pertes hémorragiques alternant avec des pertes leucorrhéïques, s'accompagnant de douleurs dans la région lombaire.

Elle vint à l'hôpital, il y a trois ans, dans un état d'anémie avancé ; elle y subit un curetage en juillet 1908. Après ce curetage, les règles furent normales pendant deux mois, puis devinrent de nouveau plus abondantes et recommencèrent comme autrefois.

On a fait suivre à cette malade un traitement médical qui n'apporte aucune modification ; elle rentre de nouveau à l'hôpital le 31 mai 1911.

L'examen de la malade montre un utérus qui est légèrement augmenté de volume. La longueur de la cavité utérine est de 8 c/m, le col est légèrement entr'ouvert. Il n'y a rien de particulier aux annexes.

M. Goinard fait une dilatation de l'utérus à l'aide des bougies de Hégar ; on pratique ensuite le toucher intra-utérin. Nous sentons au niveau de la corne droite des végétations polypeuses, le reste de la cavité est lisse.

On pratique un curetage ; les débris que l'on en retire sont examinés par M. Murat.

Résultat de l'examen histologique. — Lésions inflammatoires. Hypertrophie glandulaire. Pas de formations épithéliomateuses.

Nous avons eu donc simplement affaire à une métrite fongueuse que Pozzi classerait dans les métrites polypeuses.

OBSERVATION II (In thèse Maury)

Métrorragie due à un polype inséré au fond de l'utérus
Toucher intra-utérin. — Excision du polype

Mme M...., 55 ans environ, 3 enfants. Métrorragies durant depuis un an à 18 mois, rebelles à tous les traitements médicaux mis en œuvre,

Examen : col normal, annexes indemnes, *gros utérus*.. En raison de l'âge, de la persistance des métrorragies, de l'augmentation de volume de l'utérus, les probabilités paraissent en faveur d'un cancer du corps.

On décide de faire une dilatation sans anesthésie si possible, un toucher intra-utérin suivi d'un curetage explorateur et éventuellement curateur.

Le 9 janvier 1911, on fait une dilatation aux bougies de Hégar, sans anesthésie à cause d'une cardiopathie ancienne. Lorsque la dilatation est assez avancée pour permettre l'introduction de l'index jusqu'au niveau de l'isthme, on sent nettement à ce niveau que la pulpe du doigt arrive au contact de l'extrémité inférieure libre et mobile, comme un battant de cloche, d'une petite tumeur dont l'insertion apparemment située vers le fond de l'utérus est inaccessible au doigt, qui ne pourrait pénétrer plus loin sans un complément de dilatation qu'il serait à peu près impossible de réaliser sans anesthésie.

L'extrémité pendante de la tumeur est alors saisie avec une pince de Kocher et sectionnée aux ciseaux au-dessus du point d'application de la pince.

Mais une nouvelle exploration montre alors que l'extirpation est incomplète et qu'une partie de la tumeur reste dans l'utérus. Cette partie est de nouveau saisie par la pince et sectionnée aux ciseaux le plus loin possible. Le point d'insertion est ensuite raclé à la curette.

Les deux portions successivement sectionnées étant juxtaposées par leur surface de section, très reconnaissable à l'œil nu, forment, par leur réunion, une petite masse à surface extérieure lisse et unie, semblant recouverte de muqueuse, offrant le volume et la forme d'une amande décortiquée.

L'examen histologique pratiqué par M. le professeur Soulié a révélé un fibro-myome.

Les métrorragies ont immédiatement et définitivement cessé, la malade va et vient, voyage en automobile, sans que les pertes aient reparu.

OBSERVATIONS III (In thèse Maury)

Métrorragie due à un polype inséré au fond de l'utérus. — Section bilatérale du col. — Toucher intra-utérin. — Excision du polype.

Mme O....., âgée de 57 ans, a neuf enfants, dont le dernier a 17 ans ; n'a jamais fait de fausses-couches.

Il y a sept ans, la malade a souffert du ventre et avait des pertes hémorragiques qui ont nécessité un curetage.

A la suite de ce curetage, elle se porte bien pendant trois ans ; de nouveau, il y a quatre ans, à la suite de fatigues, les hémorragies réprennent et obligent la malade à garder le repos. Elle éprouve des douleurs dans la fosse iliaque droite, ces douleurs s'irradient du côté des reins et quelquefois dans la cuisse droite.

Cette malade n'a jamais eu de leucorrhée.

A l'examen, nous trouvons un utérus en position physiologique, augmenté de volume. Le col est mou, légèrement entr'ouvert, les annexes sont libres.

M. Goinard pratique la dilatation du col aux bougies de Hégar ; cette dilatation donne accès sur la partie inférieure d'un polype inséré au fond de l'utérus. Ce polype n'étant pas encore suffisamment accessible, la dilatation est accompagnée d'un débridement du col par deux incisions latérales.

La masse polypeuse est du volume d'une amande, elle est saisie et sectionnée à son insertion, la cavité utérine est curetée. On termine l'opération par la suture des incisions cervicales aux crins de Florence.

CHAPITRE III

Rôle thérapeutique

Les indications de la dilatation dans les affections gynécologiques, sont nombreuses et ont de tout temps prêté à de grandes discussions.

Nous allons passer en revue les diverses affections gynécologiques dans lesquelles la dilatation utérine a été indiquée, soit comme procédé thérapeutique pur et simple, soit, et c'est le cas le plus fréquent, comme temps préparatoire à d'autres opérations.

Nous étudierons la dilatation utérine dans les diverses affections gynécologiques où son emploi a été préconisé, ce sont :

Certaines métrites ;
Les salpingites ;
Les cervicites ;
Les fibrômes ;
La dysménorrhée et la stérilité.

MÉTRITES

Parmi les métrites dans lesquelles la dilatation a été employée avec de bons résultats, il faut citer la métrite catarrhale chronique.

Lutaud, dans le *Journal de Médecine* de Paris, du 22 août 1897, institue ainsi le traitement :

1° Dilatation lente et graduelle par des laminaires laissées en place 12 heures et remplacées par d'autres de plus en plus grosses pendant 2 ou 3 jours ;

2° Nettoyage de la cavité utérine : entre chaque laminaire faire une irrigation vaginale et intra-utérine à l'eau très chaude chargée de carbonate de soude à 3 °/₀.

Chaque irrigation est suivie d'un écouvillonnage au moyen de tampons imbibés d'éther iodoformé à 1/10.

La même année, un procédé analogue est préconisé par Beurnier, dans le *Journal de Médecine* de Paris, qui conseille de faire dans les métrites chroniques une dilatation lente et large, suivie de l'application directe d'agents modificateurs sur la muqueuse utérine, par exemple : nitrate d'argent.

SALPINGITES

C'est Walton qui, le premier, préconisa la méthode de la dilatation, associée au draînage et à l'irrigation de la cavité utérine dans les salpingites ; il l'exposa dans deux mémoires à l'Académie royale de Bruxelles en juillet et décembre 1887,

Walton reconnaît à la dilatation les avantages suivants :

1° La muqueuse est bien étalée et peut être mieux modifiée par les agents médicamenteux ;

2° Elle permet la sortie des sécrétions utérines et l'emploi d'irrigations intra-utérines rendues inof-

fensives par le reflux assuré des liquides employés;

3° Elle provoque la dilatation des orifices tubaires.

Doléris, après avoir étudié cette question, présenta un mémoire à la Société de Biologie, dans lequel il concluait :

« La dilatation de l'utérus avec des tentes, suivie « du curage et du draînage, peut amener l'évacua- « tion des collections aseptiques de la trompe. On « ne doit donc pratiquer l'ablation des organes « qu'après avoir essayé de ces moyens. »

Pour lui « la dilatation du conduit utérin ramollit et amincit les parois de l'organe; la portion intra-pariétale de l'oviducte se trouve raccourcie d'autant, et, au lieu d'un canal étroit à parois rigides, c'est à peine un court trajet annulaire qui sépare la cavité du kyste de la cavité de la matrice : d'où évacuation facile du contenu de la trompe. »

Doléris conseille la dilatation lente et progressive de la cavité utérine, à l'aide de tiges de laminaires.

Sur 11 cas il a eu 4 succès complets; dans 4 cas, amélioration notable; dans 3 cas, persistance de l'induration et de l'épaississement de la trompe.

Walton prétendait que la dilatation provoquait l'ouverture de l'ostium-utérinum. Pierre Delbet a contrôlé cette affirmation et il a répété les expériences sur des pièces anatomiques fraîches.

Les premières ont porté sur des utérus avec annexes saines; le col fut dilaté à la laminaire, au point de permettre le passage du petit doigt; mais

il n'y eut aucune modification dans le calibre de l'ostium-utérinum.

Dans une deuxième série, les expériences ont porté sur quatre trompes affectées de salpingite.

1^er^ Cas. — M. Delbet introduit une canule dans la trompe fendue et pousse une injection dans la cavité utérine ; le liquide, qui ne passe pas lorsque l'utérus n'est pas dilaté, passa dans un cas sur deux lorsque l'on eût fait la dilatation.

2^e^ Cas. — Il y avait deux collections, purulente à gauche, sanguine à droite. En exerçant des pressions sur les tumeurs, on ne fit rien passer dans l'utérus, tandis qu'après la dilatation faite à la laminaire, on put faire couler du pus par l'ostium-utérinum au moyen de pressions et cela quotidiennement pendant cinq jours.

Plusieurs auteurs, parmi lesquels Le Dentu, Bonnaire, Montprofit, ont cité des cas d'évacuation dans la cavité utérine de pus contenu dans les trompes, soit spontanément, soit par expression manuelle, à travers la paroi abdominale, de la tumeur salpingienne. C'est à ce phénomène que Kaltenbach a donné le nom de colique salpingienne.

Pour Perrier, tout ceci démontre que le traitement des salpingites par la dilatation utérine est légitime et doit être tenté, sauf contre-indications, avant toute intervention chirurgicale. Mais la dilatation doit être maintenue un temps assez long, car c'est la persistance de la dilatation, bien plus que le degré de celle-ci, qui provoque l'issue du pus des salpingites. Pour maintenir la dilatation, une fois

obtenue, on doit laisser dans le col un tube de caoutchouc qui assurera en même temps le draînage de l'utérus.

Manuel opératoire. — Dans le cas d'un col gros à orifice entr'ouvert et cédant facilement, on peut employer des sondes dilatatrices et irrigatrices.

Dans le cas où l'orifice du col est petit, la dilatation lente par les laminaires ou les tentes aseptiques est le meilleur procédé.

En général, une laminaire laissée 24 heures suffit.

Une fois la dilatation obtenue, on pratique des injections intra-utérines. On pourra faire ensuite du draînage de la cavité utérine avec des drains en caoutchouc rouge ou une mèche de gaze iodoformée.

Dans le cas de grosses poches purulentes, il ne faudra pas mobiliser l'utérus pour éviter la rupture du pyosalpinx.

(Voir les observations IV,V,VI, pages 51, 52. 53.)

CERVICITES

La question du traitement de la métrite du col d'origine sténosique par la dilatation fit l'objet d'une communication de M. le professeur Pozzi au Congrès internationnal de médecine (Londres août 1913).

Pour Pozzi, les métrites cervicales sténosiques vraies, c'est-à-dire tenant à la sténose vraie de l'orifice externe du col (rétrécissement étroit de l'orifice externe), sont engendrées et entretenues par l'obstacle apporté à l'issue du mucus cervical. Au-dessus du rétrécissement, la cavité cervicale se renfle

en barrillet, les produits de secrétion s'accumulent dans cette cavité ; s'il arrive que le col s'infecte, la dilatation du canal cervical joue le rôle d'une véritable « cavité close », dont le draînage se fait défectueusement.

Dans ces cas, la dilatation lente ne peut produire aucun résultat permanent, car la sténose se reproduit facilement. La stomatoplastie, associée ou non au curetage, selon le procédé de M. Pozzi est le meilleur traitement, car elle réalise trois conditions : la dilatation de l'orifice externe, la dilatation du canal cervical et la permanence de la dilatation.

(Voir les observations VII et VIII, pages 53 et 54.)

FIBRÔMES

Baker Brown, Mac Clintock et Nélaton préconisèrent les premiers la dilatation hémostatique du col de l'utérus comme traitement des fibrômes.

Cette méthode a été reprise par Kaltenbach qui emploie des bougies de Hégar jusqu'au diamètre de 6 à 20 m/m. Il aurait obtenu trois succès.

Kakoushima a présenté à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Pétrograde en 1900, 23 observations personnelles de fibrômes de l'utérus traités par la dilatation.

Il résulte de ces observations que la dilatation du col a un double rôle : hémostatique et anesthésique.

Il résulte de ce travail, que la dilatation provoque des contractions réflexes de l'utérus qui retrécissent le calibre des vaisseaux ; elle agit par conséquent à la façon d'une ligature atrophiante. Elle enraye le développement de ces tumeurs, aide à leur résorp-

tion et même à leur énucléation spontanée. L'action anesthésique serait due à l'élongation des nerfs du col et à leur section. Ceci expliquerait pourquoi la dilatation sanglante a donné de meilleurs résultats que la dilation non sanglante d'après les observations de Kakoushima.

La dilatation utérine est aussi employée pour permettre d'atteindre un fibrôme intra-utérin et de l'énucléer par voie utéro-vaginale. Ce sujet a été remarquablement traité dans la thèse de Szelechowski.

Antérieurement, Amussat, en 1840, conseillait de " fendre le col " pour permettre le passage par la cavité cervicale d'un fibrôme qu'il fallait dans un premier temps opératoire énucléer par des manœvres intra-utérines.

Nivet, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1905), décrit un procédé d'énucléation des fibrômes par les voies génitales ; il obtient la dilatation rapide du col par des bougies, puis la complète, si c'est nécessaire par la section bilatérale du col. Après l'énucléation, il suture les lèvres de la plaie cervicale au catgut.

Le procédé de dilatation préconisé par Szelechowski est la méthode manuelle de M. Sécheyron, de Toulouse.

Le col est saisi et fixé par une pince ; on introduit l'index droit par un mouvement de vrille dans la cavité cervico-utérine. Par un massage excentrique et circulaire du col, l'orifice externe se dilate et permet l'introduction de l'index de l'autre main. Les deux doigts adossés continuent les mêmes mouvements de massage circulaire excentrique ; l'ori-

fice du col cède de plus en plus et permet l'introduction de deux autres doigts, les médius droit et gauche. La description de ce procédé ayant été faite au chapitre de la technique opératoire, nous n'y reviendrons pas ici.

La dilatation étant suffisante, l'opérateur peut apercevoir la tumeur intra-utérine à travers l'orifice du col et la saisit avec une pince.

La préhension de la tumeur est complétée par des pinces à griffes implantées dans la partie la plus saillante. On attire la tumeur contre le col. Des tractions et des mouvements de rotation sont imprimés au fibrôme par l'intermédiaire des pinces. On voit se produire alors la formation d'un segment inférieur, puis l'amincissement du col de l'utérus, et la dilatation complète s'opère alors sous l'action d'une double manœuvre : de dedans en dehors, le fibrôme tiré par les pinces tend à forcer l'orifice interne ; de dehors en dedans, les doigts continuent leur mouvement de massage excentrique, dilatent de plus en plus l'orifice interne. La dilatation du col est d'autant plus considérable que le volume de la tumeur est plus grand.

Lorsque le fibrôme est sessile ou interstitiel, la dilatation complète et rapide est obtenue uniquement par le massage du col en tous les sens, sans participation de la tumeur par des phénomènes que nous pourrions comparer au mécanisme de l'accomodation dans un accouchement normal.

Nous ne décrirons pas les temps suivants de l'opération qui consistent à libérer les attaches utérines de la tumeur et l'extraction vaginale ; nous renvoyons à la thèse de Szelechowski, nous attachant

simplement, pour ne dépasser le cadre de notre sujet, à décrire le procédé spécial de dilatation employé en pareil cas.

Ceci nous amène, du reste, à comprendre par quel mécanisme la dilatation utérine a pu produire dans les observations de Kakoushima la pédiculisation et l'expulsion spontanée des fibrômes.

Il existe entre l'utérus gravide et l'utérus fibrômateux de grandes analogies. Guyon proposa même, pour désigner l'utérus atteint de fibrôme, le terme de « grossesse fibreuse ». La tendance naturelle de l'utérus fibrômateux est la même que celle de l'utérus gravide. De même que l'utérus gravide, sous la poussée de l'œuf, se distend de plus en plus jusqu'au moment où cette distention déclanche les contractions utérines aboutissant à l'expulsion de l'enfant, de même il arrive que l'utérus fibrômateux, distendu par le développement toujours plus grand de la tumeur, s'amincit, se dilate et, sous l'effort de contractions réflexes, expulse le fibrôme par un mécanisme analogue à l'accouchement normal.

Inversement, de même que la dilatation artificielle amène les contractions utérines dont les efforts auront pour effet d'expulser le fœtus dans un avortement provoqué, la dilatation artificielle d'un utérus fibrômateux a pour effet d'amener la pédiculisation du fibrôme et son expulsion.

Kakoushima signale même la transformation de fibrôme interstitiel en fibrôme sous-muqueux à la suite de la dilatation du col.

(Voir les observations IX et X, pages 54 à 56, empruntées à la thèse de Szelechowski, choisies parmi

celles qui font le mieux comprendre le mécanisme de la dilatation telle qu'elle s'effectue dans ce cas.)

DYSMÉNORRHÉE ET STÉRILITÉ

Les causes de la stérilité féminine sont nombreuses, les seules que nous retiendrons ici sont celles qui relèvent de la dilatation utérine, c'est-à-dire la sténose du col et les flexions utérines, surtout antéflexion congénitale et dont les principaux symptômes sont la dysménorrhée et la stérilité.

Dès 1842, Lisfranc constate la fréquence de la stérilité chez les femmes présentant un col conique avec sténose de l'orifice externe. Après lui, Mistler (1851), Roubaud (1855), Barus font les mêmes constatations, mais c'est surtout Marion Sims qui vulgarisa cette notion. Pozzi lui donne le nom d'utérus de type infantile. Cette conformation du col serait en cause dans 85 % des cas de stérilité.

De plus ces cas se compliquent de métrite du col d'origine sténosique.

C'est dans ces cas, comme le fait remarquer Pozzi, où l'utérus est de type infantile, que le traitement par la dilatation a le plus de chance de réussir.

A ce propos, nous devons faire remarquer que, malgré l'autorité qui s'attache au nom de Pozzi, son opinion, en ce qui concerne la fréquence de la déformation du col dans la stérilité féminine, n'est pas admise par tous les professeurs de gynécologie et d'obstétrique, dont la compétence n'est pas moins indéniable en pareille matière.

En particulier, notre président de thèse, M. le professeur Rouvier, qui a exercé pendant vingt-deux ans en Syrie, où la stérilité est considérée

comme un opprobre, nous a affirmé que cette stérilité, le plus souvent relative chez la femme, dépendait généralement de flexions et de déviations de l'utérus parfaitement curables par des traitements appropriés.

Le traitement doit avant tout redresser et dilater l'utérus.

On a pratiqué la dilatation utérine dans ces cas au moyen de dilatateurs métalliques ou au moyen de bougies de Hégar.

Mais ces procédés sont surtout employés pour entretenir une dilatation préalablement obtenue par les laminaires.

De toutes les méthodes de dilatation, celle qui a été certainement de beaucoup la plus employée est celle obtenue d'une manière « lente et progressive avec des tiges de laminaires ».

Doléris a décrit l'action de ces dernières en des termes très heureux :

« La dilatation progressive, lente et répétée de « l'utérus est un procédé de gymnastique utérine « capable d'assouplir, de fortifier et de rectifier le « muscle utérin, au point de lui rendre sa disposi- « tion normale. »

Le stroma musculaire est soumis à une véritable gymnastique qui se trouve réalisée par le fait que l'on force les parois à s'étendre et à se rétracter un certain nombre de fois. En corrigeant la flexion, la dilatation permet à la circulation de se faire plus facilement ; la contraction utérine est rendue plus puissante, le tissu musculaire est augmenté. La dilatation lente et progressive fait aussi disparaître

la douleur, en corrigeant la flexion, cause de la disménorrhée ; elle assure le draînage de l'utérus et l'écoulement menstruel. D'après les recherches anatomiques de Frankenhaueser et les expériences physiologiques de Ranvier et Vulpian, les centres de la sensibilité réflexe de l'utérus siègent au niveau de l'isthme ; la distension du col, surtout poussée assez loin, paraît jouer le rôle de l'élongation dans les névralgies.

De plus, la dilatation lente joue un grand rôle dans l'amélioration de l'endocervicite qui complique presque toujours la stérilité d'origine sténosique. La dilatation ouvre l'orifice des glandes obstruées, déplisse la muqueuse cervicale, agrandit les cavités glandulaires, les cryptes folliculaires et met à nu le lieu où se cantonne l'infection.

Il existe plusieurs méthodes de dilatation lente aux laminaires pour la stérilité.

Méthode de Pinard. — Pour Pinard, le traitement à la fois le plus efficace et le plus inoffensif de l'antéflexion congénitale est la dilatation et le redressement par les laminaires, entretenue ensuite par les bougies de Hégar.

Voici le traitement que Pinard emploie depuis plus de trente ans : le traitement doit commencer deux ou trois jours après la fin des règles. La phase des laminaires dure une semaine environ. Il faut procéder avec lenteur et ne pas dépasser la phase de tolérance de la malade.

On commence par une tige de laminaire extrêmement fine. Au bout de 24 heures, on la retire et on la remplace par une tige d'un diamètre légère-

ment inférieur au nouveau diamètre de la laminaire gonflée.

On emploie ainsi de suite une série de laminaires comprenant les numéros 6, 10, 14, 18 et 22 de la filière Collin. Quelquefois, il est nécessaire de remettre pendant 24 heures le numéro 14 ou le numéro 22, quand la dilatation de la laminaire retirée est inégale et a la forme d'un sablier.

La laminaire est maintenue en place par un tampon vaginal.

Pendant tout ce temps, les malades doivent garder le repos au lit.

La dernière laminaire est remplacée par une mèche de gaze iodoformée tenue en place vingt-quatre heures.

On commence ensuite la dilatation aux bougies de Hégar ou de Segond, dont l'écart entre deux numéros consécutifs est très faible, 1/6e de millimètre, ou les bougies de Collin, qui sont légèrement coniques.

Le cathétérisme sera quotidien la première semaine, puis sera pratiqué tous les deux jours jusqu'au moment des règles.

On commence les séances de dilatation pendant trois ou quatre jours après les règles. Au bout de deux mois, la malade est autorisée à reprendre sa vie conjugale. Si une grossesse survient, ce sera le complément de la guérison. Sinon, après chaque période menstruelle, on pratique deux ou trois séances de cathétérisme dilatateur, et cela pendant de longs mois.

Ce n'est souvent qu'au bout de 9 et 12 mois de traitement que la grossesse survient.

A ce propos, Beurnier a écrit : « Celui qui aura « la patience voulue et qui saura se conserver la « confiance de sa cliente pourra finir par arriver « au but désiré. »

Résultats. — Baudron a pu suivre 23 malades soumises au traitement de Pinard. Sur ces 23 malades, 15 avaient comme symptômes : dysménorrhée et stérilité ; chez les 8 autres, la stérilité constituait le seul symptôme.

Une de ces dernières devint enceinte deux mois après la fin du traitement. Parmi les 15 premières, 13 guérirent de leur dysménorrhée, et 2 n'eurent qu'une guérison temporaire ; 4 de ces femmes devinrent enceintes.

Méthode de Gibb. — Tarvis Gibb a fait une communication à la Société d'obstétrique de New-York, sur le traitement de la stérilité par la dilatation aux laminaires.

Gibb fait remarquer que non seulement la dilatation du col ouvre la voie aux spermatozoïdes, mais que surtout elle permet l'écoulement des liquides utérins dont la situation modifie fâcheusement l'état de l'endomètre, et des bouchons muqueux très épais, qui sont souvent retenus à l'orifice interne ou externe du col ; elle est aussi le premier temps d'un curetage qui diminuera singulièrement la durée du traitement.

Voici comment il procède :

La dilatation graduelle se fait sans anesthésie, par le passage tous les deux jours d'un ou plusieurs dilatateurs métalliques ou en caoutchouc. On doit observer rigoureusement les règles de

l'aseptie et ne jamais dépasser la tolérance de la malade. Au fur et à mesure que l'utérus cède, on peut espacer les séances jusqu'à une ou deux par mois, juste avant la période menstruelle. Il ne faut jamais employer de force et ne faire aucune application intra-utérine après les séances de dilatation.

Quand la dilatation est complète, on pratique un curetage de la cavité utérine, et on bourre l'utérus de gaze pendant 6 à 7 jours. On maintient l'utérus en bonne position par des tampons vaginaux.

Gibb a traité 31 femmes stériles depuis plus de trois ans de mariage ; 5 n'ont pu être retrouvées, 16 sont devenues enceintes par la suite.

On a reproché avec juste raison à ces différentes méthodes de dilatation de n'agir vraiment que sur l'orifice interne du canal cervical ; elles ne peuvent rien sur l'orifice externe.

Contre l'atrésie de l'orifice externe, nous avons, d'une part, la section bilatérale de l'orifice externe, d'autre part, les différents procédés de stomatoplastie.

Les discisions du col furent souvent pratiquées dans la seconde moitié du siècle dernier et sont à peu près abandonnées aujourd'hui.

Il en est de même de la section bilatérale du col, opération d'une extrême simplicité et qui a donné de bons résultats. Mais, comme le fait remarquer Fraenkel, si les incisions sont trop petites, l'atrésie se reproduit, et, par rétraction cicatricielle, pourra même être plus marquée ; si les incisions sont trop grandes, le col bâille largement ; il en résulte un ectropion double et des chances plus grandes d'infection.

Voici l'opinion de Doléris, quant à ces divers procédés :

« Quand on examine le col de ces femmes, il « semble qu'il soit bien disposé, orifice très large « transversalement, bilabié comme chez la femme « qui aurait eu des enfants et dont le museau de « tanche porterait de petites cicatrices latérales. « Cependant, on ne peut pas dire que cette dispo- « sition soit idéale pour la pénétration du liquide « fécondant, car, loin d'être béant ou même entr'- « ouvert, l'ostium cervical est fermé en réalité « par la très exacte juxtaposition des deux lèvres « qui appuient l'une sur l'autre, réalisent une occlu- « sion parfaite du trajet cervical. Si l'on essaye de « les séparer au moyen d'un cathéter, ou mieux « d'une pince à pansement dont on entr'ouvre l'ex- « trémité, après l'avoir introduite fermée dans le « conduit ; rien n'est plus aisé, et il n'y a réelle- « ment aucune atrésie apparente ou réelle ; mais « une fois l'instrument retiré, les deux lèvres se « réappliquent l'une sur l'autre, et l'ostium se « referme, au point de devenir imperméable à nou- « veau à un liquide quelconque. »

Les discisions ont été abandonnées pour les stomatoplasties qui assurent la perméabilité permanente de l'utérus en agissant plus particulièrement sur l'orifice externe.

Les opérations qui s'attaquent à la sténose de l'orifice externe, ou stomatoplasties, sont pratiquées, à l'heure actuelle, par un grand nombre de gynécologues.

Une des plus anciennes, peu pratiquée mainte-

nant, est le procédé de Simon-Marckwald. Doléris lui donne la préférence lorsque la sténose ne se complique pas d'endocervicite.

Mais cette opération, d'une exécution difficile, est parfois presque impossible lorsque le col est très petit, surtout lorsqu'il s'agit d'un utérus de type infantile.

Fraenkel a employé avec succès le procédé de Mars-Rosner, dans lequel on rabat et l'on fixe dans la profondeur d'une incision intéressant de chaque côté l'orifice externe et la partie interne du col un lambeau demi-circulaire, préalablement découpé sur la surface externe du museau de tanche.

S. Brickner, de New-York, a pratiqué l'opération de Dudley (1895) dans 73 cas.

Voici les résultats :

Malades de l'hôpital. — Dans un premier groupe, il a opéré 28 malades qui souffraient exclusivement de stérilité ; 16 ont été guéries de leur dysménorrhée ; 12 échecs.

Dans un deuxième groupe, il a opéré 29 malades qui souffraient de dysménorrhée et stérilité.

5 sont devenues enceintes par la suite, 24 sont restées stériles ; mais sur les 12 accouchements, il y a eu 4 dystocies.

Parmi les malades de la ville, il a obtenu les résultats suivants :

Sur 13 femmes souffrant de dysménorrhée, 11 ont guéri, 2 non.

Sur 19 femmes souffrant de dysménorrhée et de stérilité, 8 sont devenues enceintes, 11 sont restées stériles.

Pozzi a recours à un procédé de stomatoplastie qu'il a appelé « évidement commissural du col » et qui a été longuement décrit au commencement de ce travail.

Pineau étudie dans sa thèse 170 observations de femmes opérées par l'évidement commissural du col. Les résultats de sa statistique sont tout à fait favorables.

Sur un total de 170 femmes, parmi lesquelles figurent 89 opérées de Pozzi et 62 opérées de Barusby (de Tours), la stérilité a disparu 55 fois. Ces femmes eurent un total de 66 grossesses, sur lesquelles on ne nota qu'un accouchement prématuré à 7 mois et 7 avortements. Dans aucun cas, il n'y eut de dystocie au moment de l'accouchement

La dysménorrhée est guérie dans 80 pour 100 des cas et la métrite sténosique disparaît rapidement du fait du draînage.

Jaquet (de Bâle) recourt à un procédé qui se rapproche beaucoup de celui de Pozzi. Il dit avoir pratiqué 120 fois son procédé depuis 20 ans. Dans 79 cas, la stérilité disparut; donc, 60 pour 100 de succès. La conception survint, en général, de 1 à 24 mois après l'intervention. Une de ses opérées, qui était stérile depuis 3 ans, accoucha 4 fois en 6 ans.

Pinard a insisté à plusieurs reprises sur les troubles dystociques que peut entraîner la présence de tissus cicatrisés. On n'a pas toujours épuisé chez ces malades les ressources de la dilatation. Presque toujours, on a eu recours d'emblée au bistouri.

Jaquet lui-même croit que le curetage et la dilatation de l'orifice interne ont plus contribué aux

succès qu'il a obtenus que la stomatoplastie elle-même.

Doléris conclut qu'il faut associer ces méthodes parce qu'on se trouve en face d'éléments complexes qui sont: l'antéflexion, la sténose de l'orifice externe, la conicité du museau de tanche, le catarrhe et l'endocervicite du col.

Son élève, Lefèvre, a rencontré ces signes au complet 66 fois chez 84 femmes stériles.

Pour que le traitement soit logique, il doit être intégral.

Méthode de Doléris. — Pour Doléris, ce traitement intégral consiste dans la dilatation lente et progressive à l'aide de laminaires et d'éponges préparées, dans le curetage, la stomatoplastie, et, s'il y a lieu, dans la colporraphie pour rendre au vagin son calibre normal.

(Voir les observations XI, XII et XIII, pages 57 et 58, de Doléris qui montrent la façon dont cet auteur pratique la dilatation dans la stérilité.)

OBSERVATIONS

MÉTRO-SALPINGITES ET DILATATION

OBSERVATION IV (In thèse Perrier)

Endométrite. — Écoulement purulent. — Salpingite gauche Dilatation. — Irrigation et drainage. — Guérison

M^me^ H....., mariée, 47 ans, entre à l'Infirmerie, le 15 mars, Salle Sainte-Éléonore.

Rien de particulier dans les antécédents. Réglée à 17 ans irrégulièrement ; la date des règles avance en général et elles sont assez douloureuses. Pertes blanches dans l'intervalle. Quatre accouchements normaux. Depuis le dernier, elle ressent de vives douleurs dans le bas-ventre. Ces douleurs s'irradient vers les cuisses et les lombes. Elles sont exagérées par la palpation.

Au toucher, gros col à surface irrégulière ; utérus de volume sensiblement normal et douloureux. Cul-de-sac droit, libre ; dans le cul-de-sac gauche, tumeur irrégulière, dure, grosse comme un œuf.

Au spéculum : col gros, avec ulcérations et ectropion de la lèvre supérieure.

Écoulement muco-purulent.

Traitement. — Le 18 et le 19, grandes injections vaginales. Tige de laminaire.

Le 21, le col étant bien dilaté, irrigation avec une solution iodée à 1 p. 1.000, puis drainage à la gaze iodoformée.

Séances tous les deux jours ; au bout des quatre premières, on constate la diminution des douleurs et des pertes.

A la suite de la 8e séance, écoulement de pus assez abondant et, les jours suivants, on constate que la tumeur annexielle a manifestement diminué de volume.

Résultat. — L'exploration de toute la zone génitale ne réveille plus aucune douleur. La salpingite a disparu, le col a repris son aspect normal et l'écoulement n'existe plus.

OBSERVATION V (In thèse Rasquins)

Métrite aiguë avec salpingite gauche

Angéline L....., 18 ans, accouchée il y a 9 mois, souffre depuis 5 mois dans le côté gauche du ventre. Règles régulières. Pertes blanches. Rentre le 12 septembre 1892 à l'hôpital.

Examen. — Utérus gros, douloureux, mobile, col granuleux, culs-de-sac latéraux douloureux. Ovaire gauche prolabé. Trompe gauche du volume d'un œuf de poule.

Traitement. — 19 septembre : tige de laminaire deux jours de suite jusqu'au n° 22. Nausées d'origine reflexe.

22 septembre : gros tube à drainage. Injection intra-utérine.

Gaze iodoformée dans le vagin. Injection intra-utérine tous les deux jours. Le tube a glissé plusieurs fois dans le vagin. Écoulement purulent très abondant jusqu'au 13 octobre. A ce moment, il n'y a plus d'écoulement. La trompe a retrouvé son volume normal. Tube retiré.

OBSERVATION VI (In thèse Gesua)

Métrite chronique avec salpingite droite

Eugénie R....., 26 ans, tapissière. Réglée à 18 ans et depuis régulièrement.

Il y a dix mois, incision du cul-de-sac postérieur pour hématocèle. Depuis quelques mois, elle souffre de douleurs abdominales localisées surtout à droite ; des pertes blanches sont survenues et elle se présente à l'hôpital le 7 novembre 1897.

Examen. — Utérus en place et très mobile. On sent les annexes du côté droit volumineuses. On les sent un peu à gauche, col gros, rouge, laissant échapper un suintement purulent. La cavité utérine mesure 6 c/m 1/2.

Traitement. — Dilatation et lavage intra-utérin, 3 fois par semaine, pendant un mois et demi.

Résultat. — Elle quitte l'hôpital le 27 février. Elle n'a plus de pertes ; elle ne souffre plus. La masse latérale droite a complètement disparu et le col a repris son aspect normal.

CERVICITES ET DILATATION

OBSERVATION VII (In thèse Chabry)

M^me^ V...., 34 ans, entre à l'hôpital Broca pour dysménorrhée intense.

Opérée par M. Pozzi le 14 avril 1893. Col conique un peu allongé, orifice très étroit, utérus infantile, cavité mesurant à peine 6 centimètres.

Endométrite glandulaire du col. Stomatoplastie. Résultats opératoires excellents.

Résultats éloignés. — Les règles reviennent 8 jours après l'intervention, sans douleur et durent 2 jours. Guérison complète en avril 1898. L'examen du col montre que la dilatation est conservée intacte. Utérus petit. Hystérométrie 7 centimètres.

OBSERVATION VIII (In thèse Perrier)
(Résumée)

C....., 32 ans, entre à l'hôpital en mai 1909 pour sténose du col, métrite et dysménorrhée intense. Le col est conique et l'hystéromètre passe difficilement. Le 3 juin 1909 : stomatoplastie sans accident et la malade quitte l'hôpital le 20 juin.

Résultats. — La malade, revue depuis, est améliorée, elle ne souffre plus et ses pertes blanches ont disparu. Il y a guérison de la métrite et de la dysménorrhée.

FIBRÔMES ET DILATATION

OBSERVATION IX (In thèse Szelechowski)
(Résumée)

Fibrôme intra-utérin du volume de la tête d'un enfant à terme. — Extraction après dilatation forcée du col. — Accommodation de la tumeur. — Guérison.

Femme de 42 ans environ. Atteinte de métrorrhagies rebelles qui l'ont considérablement anémiée. Le docteur Darivière consulté constate la présence d'une tumeur fibreuse intra-utérine.

Au bout de quelques semaines, la malade entre à l'Hôtel Dieu, salle Saint-Marthe, dans le service de M. le docteur Sécheyron. Elle est opérée en septembre 1906.

La tumeur fait à peine saillie entre les lèvres du col dont la dilatation atteint 1 ou 2 centimètres tout au plus. Il est possible toutefois de fixer par cette ouverture une pince à quatre griffes sur la portion accessible de la tumeur. Ainsi on peut abaisser le fibrôme et exercer par son intermédiaire une pression efficace sur la surface interne du segment inférieur et sur les lèvres du col en particulier. En ce moment, on sent alors les lèvres

réduites à un simple bord rigide, aminci, le segment inférieur est tendu et bombe dans le vagin. On tente alors la dilatation manuelle de l'orifice externe.

Pour cela la pince est rattachée et il est possible d'insinuer la dernière phalange de l'index droit dans l'orifice cervical. Par des mouvements gradués, de plus en plus énergiques, ce doigt presse fortement sur les parois du col qu'il masse d'un mouvement excentrique. Ainsi l'index droit décrit aisément des arcs de cercle dilatant d'abord le côté gauche puis le côté droit. Cette dilatation est graduelle ; elle est lente d'abord mais bientôt en quelques minutes, elle s'accroit de 5 à 6 centimètres et permet l'engagement d'un segment du fibrôme du volume d'une grosse pomme. Les lèvres fines du col pressent fortement sur le fibrôme.

On fixe la tumeur en la saisissant par plusieurs pinces à griffes et on cherche à attirer hors de la cavité utérine. Pour cela on combine des mouvements de rotation à ceux de traction ; mais la rotation possible est très limitée ; on sent que la tumeur est fortement maintenue et comme bridée contre la surface interne de la cavité utérine. Il est ainsi nécessaire de donner quelques coups de ciseaux courbes pour libérer aussi haut que possible la tumeur de sa coque. Deux doigts introduits le long de la lame des ciseaux servent de conducteurs et empêchent de léser l'utérus.

Cette libération de la tumeur facilite son énucléation et son passage à travers le col. Aussi l'extraction s'opère aisément à travers les lèvres du col qui s'effacent avec la plus grande facilité. La dilatation est complète lorsque la tumeur, ayant un diamètre de 12 centimètres environ et la grosseur d'une tête de fœtus à terme, sort définitivement de l'utérus puis du vagin.

Les lèvres du col sont à ce moment flottantes comme après l'accouchement. Le fond de l'utérus est largement accessible. Quelques minutes après l'extraction de la tumeur le col se referme. Une injection d'eau chaude facilite cette régression. Aucune hémorrhagie ne se produit. L'opération s'est effectuée à blanc en une demi-heure.

Remarques. — L'intérêt de cette observation réside non seulement en ce fait que le volume du fibrôme dépassait celui d'une tête de fœtus à terme, mais encore en la facilité de l'accommodation de la tumeur dans son passage à travers l'ouverture du col. De plus la dilatation de ce dernier fut complète. Au début elle fut difficile d'abord et cela sans doute en raison de l'âge de la

malade, mais dès que les premières difficultés furent vaincues, la dilatation se compléta avec une grande rapidité. En un mot, le col se conduisit comme dans le cas d'un accouchement normal.

OBSERVATION X (In thèse Szelechowski)
(Résumée)

(Fibrôme intra-utérin du volume de trois belles oranges, avec sphacèle. — Ablation vaginale par tractions, précédée de la dilatation forcée du col. — Guérison.)

Jeune femme du Gers, âgée de 36 ans ; mariée, sans enfants ; pas de fausses-couches ; a joui d'une santé parfaite jusqu'à l'âge de 25 ans environ. Dans le cours de l'année 1895, elle est prise de métrorrhagies sérieuses qui reparaissent plusieurs fois par an. En 1897, et depuis un an environ, ces hémorragies sont précédées de crises douloureuses dans les reins et accompagnées de contractions utérines.

La malade est conduite à M. le docteur Sécheyron. Elle est affaiblie, anémiée, pâlie par la longue série de ses pertes, mais elle paraît néanmoins assez robuste.

Après désinfection vaginale, on reconnaît au toucher l'existence d'un utérus fibrômateux. Le col est entr'ouvert et laisse passer une tumeur grosse comme une petite poire étranglée au niveau du col. Le diamètre d'ouverture du col est d'environ trois à quatre centimètres.

Le corps de l'utérus remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis et paraît rempli par une masse fibreuse ayant à peu près le volume d'une tête d'enfant de six à sept mois.

L'intervention est décidée et il est procédé à l'extraction de la tumeur par voie vaginale.

La malade est anesthésiée au chloroforme.

Les valves une fois placées, la portion extra-utérine du polype apparaît sphacélée sur une certaine étendue, à peu près jusqu'au niveau de la portion étranglée. Toutefois, le sphacèle est superficiel et il est possible d'opérer avec des pinces à griffes implantées dans la masse de la tumeur ; ainsi sont placées trois pinces à quatre griffes qui, par une traction énergique, abaissent la portion extra-utérine de la tumeur.

Pendant toute cette traction, le bord du col est massé avec le doigt pour obtenir sa dilatation. Ce massage est facile, car la portion du col recouvrant la masse intra-utérine a ses parois

bien amincies. Sous l'influence, et au fur et à mesure de ce massage, le segment inférieur de l'utérus s'amincit à son tour et peu à peu les lèvres du col cèdent. Alors deux, puis trois doigts sont insinués dans la cavité, et peu à peu, par un mouvement de va-et-vient circulaire, avec pression contre les lèvres du col, ce dernier se dilate progressivement et complètement.

Le travail des doigts est facilité par une traction opérée sur le polype par la main gauche et par l'intermédiaire des pinces, et, à cette traction, on joint un mouvement de rotation.

Ainsi, on pratique le travail de la dilatation du col à l'aide de la main gauche pour le côté gauche du col et à l'aide de la main droite pour le côté droit. Ce travail est donc alternatif et coïncide avec la traction des pinces, opérée aussi tour à tour par chaque main.

Grâce à cette double manœuvre, la masse intra-utérine de la tumeur s'engage peu à peu entre les lèvres du col dilaté.

A la traction, il est nécessaire de joindre la rotation de la tumeur qui, peu à peu, se meut comme une boule dans la cavité utérine. Quelques petits coups de ciseaux libèrent la tumeur de ses attaches avec la muqueuse utérine. Lorsque le col est ainsi largement effacé et l'utérus ouvert, l'intervention est à peu près terminée.

STÉRILITÉ, DYSMÉNORRHÉE ET DILATATION

OBSERVATION XI (Doléris)

Stérilité. — Endométrite
Dilatation répétée et incision du col.

Mme H.... est mariée depuis 18 mois. Elle a toujours été mal réglée et n'a eu ni grossesses, ni fausses couches. Elle est de constitution arthritique, ce qui favorise les congestions utérines.

Elle est affectée d'endométrite totale à forme desquamative. Le col est conique, avec un orifice externe étroit. L'utérus est antéfléchi. Il y a des vestiges à droite d'ovaro-salpingite.

Elle est opérée au mois de novembre 1890 après un long traitement paliatif et général : dilatation repétée, hydrothérapie, etc...

L'utérus est cureté soigneusement et draîné largement ; le col est incisé bilatéralement.

Le 11 janvier 1891 la flexion est moindre, le col largement ouvert : il y a cependant encore un peu de mucus à l'angle de flexion.

Le 28 février 1891 les règles sont tout à fait indolores ; il n'y a plus d'expulsion de membranes. La santé générale est bonne. La marche et la voiture sont assez bien supportées.

En 1893 nouvelle poussée d'ovaro-salpingite avec ballonnement du ventre (fièvre, température, pouls à 100 pulsations) qui guérit par un traitement émollient et le repos.

Depuis, Mme H... va bien, mais reste stérile.

OBSERVATION XII (Doléris)

Stérilité. — Dilatation. — Curetage.

Mme Vil... a été réglée à l'âge de 13 ans. Elle a toujours beaucoup souffert au moment des règles et désirerait avoir un enfant.

L'examen pratiqué en 1888 montre que l'utérus est antéfléchi. Le corps utérin est porté en avant et un peu à droite. Il y a de l'inflammation de l'endométrium cervical. Le cul-de-sac postérieur est légèrement relâché et enflammé. On constate aussi un peu de paramétrite. L'orifice externe du col, en forme de cône tronqué, est sténosé par épaississement de la muqueuse.

Le traitement consiste en dilatation suivie de curetage. Les suites sont normales ; la malade guérit, les annexes sont saines ; la flexion a totalement disparu, le col est un peu aplati, elliptique, à fente transversale, apte à la réception séminale.

Mme Vil... fait savoir que, enceinte en 1890, elle est accouchée à terme normalement en 1891.

OBSERVATION XIII (Doléris)

Stérilité. — Dilatation. — Section bilatérale du col.

Mme d'A... est âgée de 36 ans. Elle a été réglée à 16 ans, normalement, mais a bientôt présenté de la leucorrhée. Elle s'est mariée à 18 ans. Ni grossesses, ni fausses couches.

Elle vient consulter, désireuse d'avoir un enfant ; à l'exa-

men on constate que le col est conique, très dur, avec orifice externe sténosé en ectropion, ce qui peut être attribué à des cautérisations répétées au fer rouge qui ont été faites précédemment par un chirurgien de Poitiers. Il y a du catarrhe du col. L'utérus est très antéfléchi, légèrement abaissé. Le cul-de-sac postérieur du vagin est très profond. L'ovaire gauche prolabé est douloureux.

Elle est traitée par la dilatation, puis l'on procède à la section bilatérale du col et à une colporraphie rétrocervicale.

Les suites opératoires sont normales.

Mme d'A... est devenue enceinte par la suite.

M. le docteur Ferrari a bien voulu nous communiquer les observations de deux malades atteintes de stérilité avec dysménorrhée qu'il a traitées par la méthode de Pinard. Il a obtenu la guérison de la dyménorrhée seule.

OBSERVATION XIV (inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur Ferrari

Dysménorrhée et stérilité. — Méthode de Pinard
Guérison de la dysménorrhée

Mme Clotilde L..., 30 ans, vient nous consulter en octobre 1908 pour des règles douloureuses. Mariée depuis quatre ans, elle n'a eu aucune grossesse malgré son désir très vif d'avoir des enfants.

A l'examen : col conique et mou, orifice externe punctiforme. Utérus petit, en antéflexion. Leucorrhée abondante.

Nous instituons le traitement par la dilatation aux laminaires suivant le procédé Pinard. Ce traitement suivi pendant huit mois, n'amène qu'une amélioration dans les règles qui ne sont plus aussi douloureuses et sont devenues plus régulières.

La stérilité n'a pas été vaincue.

OBSERVATION XV (inédite)

due à l'obligeance de M. le docteur Ferrari.

Dysménorrhée et stérilité. — Méthode de Pinard. — Guérison de la dysménorrhée

Mme S..., 23 ans. Mariée depuis 2 ans n'a pas encore eu de grossesse malgré son désir très vif d'avoir un enfant. Les règles sont douloureuses et irrégulières.

A l'examen : col conique, utérus infantile, antéflexion accentuée.

Nous instituons le traitement de Pinard qui est suivi pendant 3 mois.

Au bout de ce temps, les règles sont moins douloureuses, l'anteflexion est moins accentuée.

Actuellement, après deux ans, la malade ne souffre plus de sa dysménorrhée, mais elle est restée stérile.

CHAPITRE IV

Indications de la dilatation utérine

Nous avons, dans les précédents chapitres, décrit les différents procédés de dilatation utérine ; nous avons montré son rôle dans le diagnotic de certaines métrorragies dont l'examen clinique seul est impuissant à déceler la cause. Nous avons enfin exposé son rôle thérapeuthique dans les principales affections gynécologiques. Dans ce chapitre, exposant nos idées personnelles sur la dilatation, nous traiterons de ses indications.

Et tout d'abord, quel genre de procédé devrons-nous choisir.

Disons tout d'abord que nous rejetons, sauf indications spéciales, certains procédés sanglants de dilatation, parce qu'ils sont, à notre avis, insuffisants, comme la discision du col ou le débridement de l'orifice externe, ou compliqués et dangereux comme le procédé de Pozzi.

La simplicité devant être la règle de conduite de tout praticien, c'est au procédé de dilatation à la fois le plus simple et le plus sûr que nous nous

adressons, et la dilatation par les laminaires, complétée ou non par des bougies de Hégar, est celle que nous avons adoptée, comme d'ailleurs l'immense majorité des chirurgiens gynécologiques.

Voici notre façon de procéder à la dilatation ; elle nous a été dictée dans le service par notre Maître, M. le professeur Vincent, et nous exposerons au chapitre des dangers de la dilatation, les raisons qui nous font agir ainsi.

Après les moyens de désinfection vulvaire, vaginale et cervicale, on introduit une tige laminaire perforée de petit calibre, n° 6 ou 7. Cette tige est laissée en place un minimum de temps de trois heures. Si à ce moment la malade accuse des douleurs, nous lui enlevons la tige et lui faisons un lavage vaginal. Le lendemain, on introduit une tige d'un calibre supérieur, n° 8 ou 9, qui sera laissée en place comme celle de la veille. Et ainsi de suite. Quand la dilatation commence à être efficace, c'est-à-dire quand l'utérus admet l'introduction de l'index, nous mettons des tiges de gros calibre et même des tiges en faisceau que nous laissons alors 24 heures. La dilatation est lente, c'est vrai, elle demande une huitaine de jours pour être complète, mais elle est progressive et sûre. Pendant tout ce temps, la malade est surveillée attentivement, la température est prise matin et soir, et un toucher quotidien permet de surveiller l'état des annexes.

Si la température s'élève, si les annexes deviennent douloureuses, nous cessons la dilatation pendant un certain temps pour la reprendre ensuite et l'abandonner définitivement, si une nouvelle élé-

vation de température ou un endolorissement des annexes sont constatés.

Si la dilatation ainsi obtenue par les laminaires est suffisante pour permettre un toucher intra-utérin, pour faire un écouvillage ou un curetage, nous nous abstenons d'employer les bougies de Hégar, sinon, nous la complétons dans une même séance avec des bougies jusqu'au n° 20.

Cette manière de procéder nous a donné toutes satisfactions.

Voyons maintenant dans quels cas, dans quelles affections nous l'appliquons.

Systématiquement, dans un but diagnostique, dans tous les cas de métrorragie dont l'examen clinique ne peut à lui seul permettre de déceler la cause, nous employons la dilatation utérine pour permettre un toucher intra-utérin. Et nous posons comme principe que *toute métrorragie qui n'a pas fait sa preuve impose une dilatation complète suivie du toucher intra-utérin.*

L'observation XVI, page 68, démontre son utilité.

Le rôle thérapeutique de la dilatation utérine est apprécié de façon différente par les cliniciens et les gynécologues. Elle n'est pas admise par tous dans certaines affections et ses indications peuvent varier suivant chaque auteur.

A notre avis, son rôle thérapeutique est bien restreint.

Tout au plus la trouvons-nous indiquée dans les métrites catarrhales chroniques avec suppuration abondante. Dans ce cas, elle assure l'établissement d'un véritable drainage permettant l'écoulement plus libre du pus. Les métrites catarrhales sont les

affections où la dilatation a, à elle seule, un rôle thérapeutique.

Dans ces mêmes affections, elle ne joue qu'un rôle accessoire comme temps préliminaire dans le traitement par les injections intra-utérines, l'écouvillonnage, le curetage, etc.

Ses indications sont plus discutables dans les salpingites. Les expériences de Delbet, les observations de Doléris, de Le Dentu, Walton, Monprofit, tendent à faire admettre la dilatation utérine comme un moyen thérapeutique efficace. A notre avis, ses indications doivent se restreindre en ce qui concerne le traitement des salpingites. Nous nous étendrons davantage au chapitre suivant sur les raisons qui nous font refuser l'emploi systématique de la dilatation dans le traitement des salpingites. Nous n'hésitons pas cependant à l'employer dans les cas de salpingite catarrhale où la trompe est modérément distendue, et quand il n'y a que des douleurs légères, sans température. Dans ces cas, la dilatation permet l'évacuation de la trompe par l'ostium utérinum, comme l'ont démontré les expériences de Delbet.

(Voir l'observation XVII, page 69)

Nous rejetons d'une façon absolue la dilatation dans les salpingites volumineuses et adhérentes, dans les hydrosalpinx et dans les pyosalpinx. A notre avis, ces cas ne peuvent en rien être améliorés par la dilatation pour la raison bien simple que ces trompes enflammées, adhérentes, sont coudées et fixées en position vicieuse. Par conséquent, la dilatation utérine, si elle provoque l'ouverture de l'ostium utérinum, ne peut détruire les coudures des

trompes, qui constituent autant de retrécissements qui empêcheront une libre évacuation de la poche salpingienne. Nous exposerons dans le chapitre suivant les raisons pour lesquelles la dilatation doit être rejetée dans les salpingites en général.

C'est dans les cervicites avec sténose du col que la dilatation a vraiment un rôle thérapeutique. Mais ici ce n'est pas la dilatation simple par les laminaires suivie de l'introduction de bougies de Hégar qui peut suffire. Pour que la dilatation soit efficace dans ces cas, il faut qu'elle soit permanente, définitive. C'est une condition que ne peut remplir la laminaire. Aussi les opérations plastiques sur le col sont-elles parfaitement indiquées ici. Ces opérations peuvent être considérées comme des procédés chirurgicaux de dilatation permanente.

Les observations nombreuses qui ont été publiées avec résultats satisfaisants ne peuvent qu'inviter le chirurgien à y avoir recours.

(Voir les observations XVIII, XIX et XX, pages 70 et 71).

La dilatation a été préconisée comme moyen hémostatique et anesthésique dans les fibrômes et même comme moyen de guérison. Nous ne reviendrons pas sur la théorie exposée par les auteurs de cette méthode. Nous n'en avons, d'ailleurs, aucune expérience pour la raison bien simple que nous n'avons jamais eu l'occasion de l'employer.

On l'a préconisée aussi pour permettre l'extraction des fibrômes par la voie utéro-vaginale, et les observations publiées dans la thèse de Szelechowski sont probantes. Cependant, les indications de la dilatation utérine dans ces cas doivent être bien

rares. Il faut que le fibrôme soit unique ; s'il est interstitiel, il faut qu'il fasse saillie dans la cavité utérine ; enfin, il ne doit pas être de dimensions trop grandes ; sinon, la dilatation, même poussée assez loin, sera insuffisante pour qu'on puisse agripper la tumeur et l'extraire. Telles sont, à notre avis, les conditions cliniques que doit présenter le fibrôme pour permettre au chirurgien d'adopter cette méthode d'extraction. (Voir les observations II, III et XXII, pages 31, 32 et 72).

Ce n'est pas tout. Nous croyons que cette opération n'est pas sans dangers. Elle peut, tout d'abord, être incomplète et ne permettre l'extraction que du fibrôme le plus volumineux qu'on a constaté, et laisser d'autres noyaux fibrômateux petits, mais en voie de développement. D'autre part, s'il est vrai que pour l'accouchement des fibrômes, l'utérus subit les mêmes modifications physiologiques qu'un utérus gravide, les tractions exercées sur la tumeur pour l'extraire peuvent encore provoquer une inversion utérine. C'est ce qui résulte de l'observation XXI, page 71.

Enfin, la cavité libre laissée par la tumeur peut saigner abondamment et provoquer une hémorragie qui ne doit pas être sans dangers pour la malade. On répondra à cette objection que l'utérus après l'énucléation du fibrôme se contracte comme l'utérus gravide et fait son hémostase lui-même. Mais nous répliquerons qu'il n'est pas prouvé que les modifications physiologiques d'un utérus fibrômateux soient les mêmes que celles d'un utérus gravide.

Pour ces raisons nous rejetons d'une façon abso-

lue la dilatation dans les fibrômes, même dans les fibrômes sous-muqueux, à moins que les fibrômes soient pédiculés ; en pareil cas, l'opération est bien simple et la dilatation parfaitement indiquée.

C'est dans le traitement de la dysménorrhée et de la stérilité, dues à la sténose du col, que la dilatation utérine a acquis une grande vogue. Les observations de Doléris, pour ne citer que celles-là, tendent à prouver que la dilatation est efficace quand elle est suivie d'un curetage ou d'un hersage du col. L'antéflexion disparaît, les menstrues deviennent régulières et non douloureuses, enfin, une grossesse même est possible. M. Ferrari, dans les deux observations rapportées plus haut (pages 59 et 60), a eu des échecs, quant à la stérilité, avec la dilatation simple. Pozzi cite de nombreux succès par son procédé de stomatoplastie.

Ces faits démontrent que la seule dilatation par les laminaires est insuffisante et qu'il faut s'adresser à d'autres procédés de dilatation permanente, tels que la stomatoplastie de Pozzi ou l'opération de Schroder modifiée.

La dilatation simple, suivie du curetage, a un autre inconvénient : celui d'être très long d'abord et aussi de nécessiter plusieurs curetages. Or, bien des femmes reculeront devant une pareille éventualité.

Quoi qu'il en soit, il faut bien faire quelque chose quand on se trouve en présence de jeunes femmes très désireuses d'avoir des enfants. Les procédés plastiques sont alors tout indiqués. Mais le chirurgien devra bien se garder de promettre à son opérée une grossesse certaine, voire même la

disparition de la dysménorrhée, car, en général, un utérus infantile en antéflexion est accompagné d'infantilisme ovarien ou d'ovaires scléro-kystiques, affections dont nous ne connaissons pas encore la pathogénie.

(Voir les observations XXIII, XXIV et XXV, pages 73 et 74, concernant des malades atteintes de stérilité avec dysménorrhée et endocervicite traitées par l'évidement commissural de Pozzi).

OBSERVATIONS

DILATATION POUR TOUCHER INTRA-UTÉRIN

OBSERVATION XVI (in thèse Maury, p. 47)
due à l'obligeance de M. Ferrari.

Métrorragie due à un cancer du corps de l'utérus. — Toucher intra-utérin. — Hystérectomie.

Mme D..., 56 ans, vint nous trouver au mois de juin 1910, pour des pertes de sang qui ont fait leur apparition depuis trois mois. La malade n'était plus réglée depuis 5 ans. Ces pertes sanguines n'ont pas pris l'allure de métrorragies abondantes, elles n'ont pas affaibli la malade, et si ce n'était leur apparition à intervalles peu éloignés (8 à 15 jours), elle ne s'en tracasserait pas. En effet, l'état général de Mme D... est excellent. Elle n'a pas maigri, l'appétit est conservé.

Ses antécédents héréditaires sont nuls. Personnellement, elle n'a jamais été malade ; réglée à 14 ans, ses règles furent toujours normales. Elle eut cinq enfants tous bien portants et jamais de fausses couches.

Ses accouchements furent normaux, les suites de couches également.

Le toucher, combiné à la palpation abdominale en position de Jayle, nous permet de percevoir un col utérin indemne ; le corps de l'utérus n'est pas douloureux ; antéversion et mobilité normales. Rien dans les culs-de-sac.

A l'examen au spéculum, col sain en apparence.

Après savonnage et lavage du vagin, nous pratiquons l'hystérométrie. Elle nous donne 7 c/m 1/2. Mais un fait a attiré notre attention : en poussant l'hystéromètre après avoir franchi l'orifice interne du col, nous eûmes la sensation que l'instrument traversait quelque chose d'irrégulier, de bourgeonnant. C'est alors que nous donnons le conseil à la malade d'accepter une dilatation afin de parfaire le diagnostic par le toucher intra-utérin, suivi, s'il y a indication, d'un curetage. C'est ce qui fut fait.

La dilatation fut pratiquée avec des tiges de laminaires pendant 4 jours. La dernière tige placée portait le n° 20. La dilatation fut complétée avec des bougies de Hégar jusqu'au n° 18. C'est ensuite que, fixant la lèvre antérieure du col avec une pince de Museux, et attirant l'utérus en bas, nous pûmes introduire l'index de la main droite dans la cavité utérine et percevoir sur la face antérieure et sur la face postérieure du corps de l'organe, une touffe de végétations assez consistantes et saignant abondamment.

Le toucher fut suivi d'un curetage. La curette ramena de gros paquets de fongosités dont l'examen histologique pratiqué par notre ami, le docteur Lemaire, confirma le diagnostic fait par le toucher : cancer du corps de l'utérus.

La malade subit, dans les jours qui suivirent, l'hystérectomie abdominale totale par le procédé de Wertheim.

DILATATION POUR MÉTRO-SALPINGITE

OBSERVATION XVII (Lusk)

Dilatation de l'utérus pour métro-salpingite
Guérison d'une aphonie réflexe de l'utérus.

Miss X....., ayant perdu la voix, avait été examinée par un laryngologiste qui avait constaté que les cordes vocales étaient

rouges, très épaissies, et que la corde droite était relachée. Il avait ordonné le repos. Comme cette malade souffrait du ventre, elle vint à la consultation de Lusk qui trouva un col long, du catarrhe utérin et une trompe grosse comme un citron. Il fit, avant toutes choses, la dilatation du col, et put constater un abondant écoulement muqueux. Peu de jours après, la malade revenait, débarrassée de ses douleurs pelviennes, la voix était revenue, et elle put continuer son engagement à la satisfaction de son directeur.

STOMATOPLASTIE POUR CERVICITE

OBSERVATION XVIII (inédite)
due à l'obligeance de M. le docteur Ferrari

Cervicite. — Stomatoplastie de Pozzi. — Guérison.

Mme G....., 36 ans, entre à l'hôpital civil de Mustapha, salle Nélaton, où M. Ferrari supplée M. Goinard. C'est une femme, qui, dans le bled a eu trois enfants ; les accouchements ont été normaux, mais ont été faits par une matrone sans soins aseptiques. Elle a fait depuis deux fausses-couches de trois mois et de deux mois.

Depuis sa dernière fausse-couche, il y a 3 ans, elle a des pertes jaunes, abondantes, survenant à certaines époques et précédées de crises douloureuses trés pénibles à l'hypogastre. Les règles sont devenues irrégulières et douloureuses.

Examen : au toucher, le col est volumineux avec hypertrophie des lèvres, l'orifice externe est très serré. Il n'y a pas de réaction annexielle. Au spéculum : ulcérations sur le museau de tanche. Un traitement médical institué dès l'entrée (lavages, tamponnements au thigénol, attouchements iodés) n'amène pas d'amélioration notable au bout d'un mois de séjour à l'hôpital.

M. Ferrari fait alors la stomatoplastie suivant le procédé de Pozzi.

Les suites ont été bonnes, Mme C... a été revue il y a 6 mois, c'est-à-dire deux ans après son opération. Le col a son aspect normal, les pertes ont disparu, les règles ne sont plus douloureuses.

OBSERVATION XIX (In thèse Pineau)

Prise dans le service de M. le professeur Pozzi.

C...., 32 ans entre à l'hôpital en mai 1909 pour sténose du col, métrite et dysménorrhée intense. Le col est conique et l'hystéromètre passe difficilement. Le 3 juin 1909, stomatoplastie sans accident et la malade quitte l'hôpital le 20 juin 1909.

Résultats : La malade, revue depuis, est améliorée, il n'y a plus de pertes blanches, les douleurs ont disparu. Il y a guérison de la métrite et de la dysménorrhée.

DISCISION DU COL POUR CERVICITE

OBSERVATION XX (Doléris)

Mme L...., est âgée de 23 ans. Elle a été menstruée à 14 ans facilement, mais a bientôt perdu en blanc. Elle souffrait au moment de ses règles.

Elle s'est mariée à 19 ans. Bientôt ses règles sont devenues très abondantes ; elle a souffert beaucoup au moment des règles et a été obligée de se coucher. Elle est atteinte d'une leucorrhée jaune.

A l'examen, on constate que le col est conique avec atrésie peu marquée de l'orifice externe et qu'il y a de l'endocervicite chronique.

Traitement : curetage, hersage et section bilatérale du col.

Mme L.... a été très bien guérie.

FIBRÔMES ET DILATATION

OBSERVATION XXI (in thèse Szelechowski)

due à M. le professeur Sécheyron (résumée).

Fibrôme intra-utérin du volume du poing. — Extirpation par dilatation forcée du col et traction. — Inversion du fond de l'utérus. — Guérison.

Malade entrée dans le service de M. le docteur Sécheyron à l'Hôtel-Dieu. Femme de 25 ans, atteinte d'hémorragies.

A l'examen, on constate la présence d'un fibrôme intra-utérin ayant à peu près le volume du poing.

Opération. — Une fois la dilatation obtenue par le procédé de M. Sécheyron suffisante, on constate à la traction que la tumeur est solidement fixée au fond de l'utérus. La main gauche placée au-dessus du pubis sent par la palpation abdominale que le fond de l'utérus s'abaisse. On examine la cavité utérine : on s'aperçoit que le fond de l'utérus tend à s'engager dans la cavité du corps. Une pince coiffée d'un tampon de gaze relève le fond de l'utérus dont l'inversion est d'ailleurs à peine prononcée, etc...

OBSERVATION XXII (in thèse Maury, page 44)
due à l'obligeance de M. le professeur Vincent).

Métrorragie due à un fibrôme inséré sur la paroi utérine postérieure. — Toucher intra-utérin. — Enucléation de la tumeur.

Mme X..., âgée de 34 ans, se plaint d'avoir des pertes de sang depuis plusieurs mois ; ses règles viennent à époque fixe, mais elles sont plus abondantes et revêtent souvent le caractère hémorragique.

Dans l'intervalle, la malade accuse un peu d'humidité, mais il n'y a pas de pertes blanches bien nettes. Préoccupée du renouvellement des pertes sanguines, elle me demande conseil sur le traitement à suivre.

Le col est sain ; l'utérus apprécié par la palpation bimanuelle, paraît légèrement augmenté de volume, mais sa surface est régulière, sans bosselures. On ne constate rien au niveau des ovaires.

Le diagnostic de métrite hémorragique ne s'impose pas ; il ne paraît pas s'être produit de l'infection chez cette malade à la suite des deux grossesses qu'elle a eues ; on croit aussi pouvoir éliminer une affection salpingo-ovarienne comme cause des pertes rouges ; l'examen de l'utérus ne révèle aucune espèce de fibrôme.

Il est décidé de procéder à une dilatation suffisante de l'utérus pour examiner sa cavité. Dès que cette dilatation est obtenue, l'introduction du doigt permet de reconnaître la présence d'un fibrôme gros comme une noisette ; implanté sur la paroi postérieure et faisant saillie dans la cavité utérine.

Le fibrôme est énuclé aussitôt ; depuis cette intervention qui date de plusieurs années, la guérison est restée parfaite.

STOMATOPLASTIE POUR STÉRILITÉ

OBSERVATION XXIII (in thèse Chabry)

Recueillie dans le service de M. le professeur Pozzi par M. Cazenave, interne du service.

C..... Maria, 21 ans, entre à l'hôpital Pascal le 16 avril 1893 pour dyménorrhée intense et métrite. Mariée à 15 ans, pas d'infection blennorragique, pas de fausses couches.

Examen. — Sténose très marquée de l'orifice du col avec allongement de la lèvre antérieure et allongement total du col, col tapiroïde. Utérus infantile 7 cent. 1/2 de cavité dont 4 pour le col. Endométrite glandulaire du col avec métrite. Rien aux annexes.

6 avril. — Curetage, stomatoplastie ; résultat autoplastique parfait.

Résultat. — Le 20 mai, la malade quitte l'hôpital. Le 18 juin, les règles reviennent avec une abondance moyenne, d'une durée de 4 à 5 jours et sans douleur.

La leucorrhée a guéri complètement.

Pas de règles en septembre. En janvier 1894, la malade est enceinte de 7 mois. La grossesse a suivi son cours normal, l'accouchement s'est fait dans d'excellentes conditions. Depuis, la malade se porte toujours bien, l'élargissement de l'orifice persiste tel qu'il fut après la cicatrisation complète ; l'endométrite n'a plus reparu, ni la douleur au moment des règles.

Il y eut donc guérison absolue de l'endométrite, de la dysménorrhée et de la stérilité, le mariage datant de 6 ans.

OBSERVATION XXIV (in thèse Chabry)

Malade opérée par M. le docteur Pozzi.

M^me^ L..... eut ses premières règles à l'âge de 12 ans, régulières avançant un peu à l'âge de 15 ans, très douloureuses.

Mariée le 25 avril 1882. Pas de grossesse ni de fausses couches. Dysménorrhée intense, légère leucorrhée.

Opérée le 11 juillet 1882. Col conique, orifice très étroit, utérus infantile et endométrite glandulaire ; rien aux annexes. Stomatoplastie par évidement commissural du col sans curetage.

Résultats immédiats. — Cicatrisation par première intention. Les règles deviennent régulières, non douloureuses.

Grossesse le 20 février 1895. Les règles ont persisté pendant les trois premiers mois de grossesse. Rien d'anormal dans la suite. Accouchement simple le 20 novembre 1895.

Retour de couches en janvier. Règles non douloureuses ; la dilatation du col persiste telle qu'elle était après la cicatrisation.

Il y eut donc guérison de l'endométrite glandulaire, de la dysménorrhée intense et de la stérilité, le mariage datant de 10 ans.

OBSERVATION XXV (in thèse Chabry)

Malade opérée par M. Pozzi.

Mme X....., âgée de 37 ans, eut toujours des règles douloureuses. Mariée à 20 ans, le mariage ne changea pas les troubles menstruels. Légère leucorrhée, stérilité absolue.

La malade fut opérée en 1893. Elle présentait un utérus infantile, avec col petit, conique, orifice très étroit ; les gynécologistes consultés, aussi bien que les accoucheurs, avaient tous accusé cet infantilisme comme étant la cause de la stérilité.

Stomatoplastie par évidement commissural du col, sans curetage.

Résultats opératoires. — Excellents ; autoplastie parfaite.

Le côté intéressant de l'intervention a été que presque aussitôt après la cicatrisation, la cavité utérine a augmenté de dimensions. Elle mesurait 5 cent. 1/2 avant et a atteint 7 et 7 1/2. Il y eut guérison de la dysménorrhée légère.

Trois ans après, grossesse qui suivit son cours normal. Il y eut donc guérison de la dyménorrhée et de la stérilité. La malade était mariée depuis 10 ans. L'acccouchement fut normal d'après les renseignements que nous avons demandés nous-même.

Cette observation nous montre, en outre, le résultat de l'intervention sur le col agissant sur le développement du corps lui-même. L'obstacle supprimé, l'utérus se développa normalement.

CHAPITRE V

Les dangers de la dilatation

Nous avons parlé, dans le chapitre précédent, des indications de la dilatation utérine. Le présent chapitre, traitant de ses dangers, nous permettra de poser ses contre-indications.

Les dangers de la dilatation utérine proviennent des accidents qu'elle est susceptible d'entraîner, et qui sont d'ordre mécanique et d'ordre infectieux.

Accidents mécaniques. — Parmi les accidents mécaniques, la plupart relèvent d'une faute de technique. C'est ainsi qu'une tige de laminaire insuffisamment introduite dans l'utérus, vient butter contre la paroi du vagin par son extrémité libre et l'ulcère. Au contraire, une laminaire trop profondément poussée dans la cavité utérine peut s'y perdre et devenir très difficile à retirer, ou produire des ulcérations, et même des perforations du col.

De même, on a pu observer des déchirures du col avec un dilatateur métallique lorsqu'il a été employé avec une force trop grande et sur un col non dilatable.

Ces accidents, imputables à une faute de l'opérateur, ne nous arrêterons pas plus longtemps. Il suffit de les reconnaître pour savoir les éviter.

Malheureusement, il est des cas où des accidents se sont produits qui ne relèvent pas de la maladresse de l'opérateur.

Parmi ces accidents, les plus graves sont les déchirures du col. Ces déchirures ne sont pas produites indistinctement par tous les dilatateurs métalliques.

M. Dmitrovsky a étudié expérimentalement, sur 48 cadavres, le mode d'action des divers dilatateurs, et les causes qui favorisent ces lésions ou qui les entravent.

Il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Les déchirures de l'orifice interne du col ne sont pas dûes à tel ou tel dilatateur, mais exclusivement à la force qu'il déploie pendant son action ;

2° Les substances turgescentes ne provoquent pas de déchirures de l'orifice interne exclusivement par suite de leur faible développement de force ;

3° La forme rhomboïdale des déchirures de l'orifice interne du col ne dépend pas de l'espèce de dilatateur, mais exclusivement de la force et de la nature de la dilatation. Toute dilatation qui tend à agir d'une façon égale sur tout le pourtour de l'orifice (bougies) donne forcément une déchirure rhomboïdale ;

4° Les lésions de l'orifice interne produites par les dilatateurs se disposent exclusivement sur les parois latérales du canal cervical, un peu plus souvent à gauche ;

5° Toutes les déchirures du canal cervical sont

toujours parallèles aux replis de l'arbre de vie du col utérin, sans jamais les interrompre, ce qui démontre leur plus grande résistance ;

6° Les traumatismes les plus insignifiants, parfois nuls, s'observent avec les dilatateurs qui agissent le plus faiblement : substances turgescentes ;

7° Les bougies de Hégar et tous les autres dilatateurs du même type, exactement numérotés, sont sans dangers jusqu'à une certaine limite (n° 9). Par la rapidité de leur action, ils doivent être préférés aux autres dilatateurs. Mais si l'on dépasse les limites indiquées, les déchirures se produisent ;

8° Les dilatateurs bivalves et trivalves, par leur application restreinte et leur action sur des points trop limités, surtout dans la dilatation transversale, sont toujours très dangereux, d'autant plus qu'ils agissent sur les points les moins résistants. Ils produisent des traumatismes étendus, pénétrants dans le paramétrium.

De tout ce qui précède, nous pouvons retenir que les accidents mécaniques dus aux tiges de laminaires sont évitables et, de ce fait, ne constituent pas une contre-indication.

Il n'en est pas de même des accidents mécaniques imputables aux dilatateurs métalliques, et en particulier aux bougies de Hégar, les plus employées. Les bougies de Hégar peuvent produire des ruptures de l'orifice interne du col.

Les observations XXVI et XXVII (pages 84 et 85) en sont la preuve.

Des observations semblables prouvent que les bougies de Hégar peuvent être parfois dangereuses.

C'est pourquoi il est préférable de faire précéder la dilatation aux bougies par la dilatation lente et progressive aux laminaires. Ces dernières par leur action finissent par vaincre la tonicité du muscle utérin, par ramollir l'utérus, et elles forcent petit à petit l'orifice interne du col qui joue le rôle d'un véritable sphincter. L'action ultérieure des bougies de Hégar est alors plus simple est moins dangereuse.

Tels sont les dangers d'ordre mécanique dus à la dilatation. Nous passons bien entendu sous silence les perforations utérines dues à l'introduction trop brutale des tiges de laminaires ou des bougies, accidents imputables à l'opérateur seul.

Accidents infectieux. — On a observé à la suite de la dilatation utérine, divers accidents infectieux dont voici les principaux :

Métrites aiguës ;
Périmétrites et paramétrites ;
Salpingites et salpingo-ovarites ;
Péritonites localisées ;
Péritonites diffuses.

On s'explique fort bien que les petits traumatismes, même les plus bénins en apparence, telle une petite ulcération, soient une porte d'entrée pour les microbes de la cavité vaginale. De là, par l'intermédiaire des lymphatiques, l'infection peut gagner le ligament large, le paramétrium. Ou bien les microbes gagnent la cavité utérine par l'orifice élargi du col et de là peuvent remonter jusque dans les trompes.

Les accidents infectieux s'expliquent encore mieux lorsque le traumatisme a été plus sérieux, lorsqu'il

y a eu déchirure ou perforation de l'utérus par exemple.

Les recherches bactériologiques de Strauss sur la dilatation de l'utérus par les laminaires démontrent que les microbes peuvent remonter du vagin dans la cavité utérine par l'orifice du col une fois dilaté.

Cet auteur pratique la dilatation de l'utérus par des laminaires perforées ; il recueille le contenu de l'utérus avant et après la dilatation et fait des ensemencements.

Dans 30 cas, le contenu de l'utérus avant la dilatation a été constamment stérile ; après la dilatation, il a cultivé dans 23 cas. Les microbes le plus souvent cultivés ont été le staphylocoque blanc ; dans quelques cas, des streptocoques.

Nous allons passer en revue les divers accidents infectieux imputables à la dilatation.

MÉTRITES ET DILATATION

Malgré toutes les précautions antiseptiques, il ne faut pas considérer la dilatation comme une manœuvre absolument inoffensive.

Pozzi s'exprime ainsi, dans son traité de gynécologie :

« Une opération quelconque dans l'intérieur du « canal génital : toucher, cathétérisme, abaissement, « cautérisation, *dilatation,* incision, peut devenir « le point de départ d'une métrite (compliquée de « péri et paramétrite), si les précautions aseptiques « n'ont pas été prises. »

Les accidents qui surviennent à la suite d'une dilatation éclatent ordinairement sous la forme

aiguë, avec fièvre et frissons. A l'examen, on constate tous les signes d'une métrite aiguë : utérus douloureux, rougeur et tuméfaction du col, écoulement muqueux ou muco-purulent.

M. le professeur Soubeyran a publié l'observation d'une jeune fille qui a présenté une métrite purulente consécutivement à l'application de laminaires. Après avoir retiré la laminaire de l'utérus, le pus a jailli à flot.

(Voir observation XXVIII, page 85).

PARAMÉTRITES ET DILATATION

D'après une statistique de Biégel, sur 61 cas d'inflammation de ligaments larges,on en compte 23 qui sont survenus après l'accouchement, 11, après des avortements et 27 qui sont dus à des traumatismes.

En dehors de la puerpéralité, le traumatisme a été quelquefois la cause d'une inflammation du tissu conjonctif du bassin. Des manœuvres en apparence inoffensives ont eu ainsi de graves conséquences ; parmi ces manœuvres on doit retenir l'introduction de laminaires dans l'utérus.

M. le docteur Ferrari a bien voulu nous communiquer l'observation XXIX relatant un accident de ce genre.

SALPINGITES ET DILATATION

Les conséquences de l'emploi des laminaires comme agents de dilatation ont pu être quelquefois une réaction annexielle intense, aboutissant à la formation d'une salpingite purulente.

Des observations nombreuses ont été citées et des recherches anatomo-pathologiques ont été faites qu démontrent péremptoirement les dangers de la dilatation utérine dans certains cas.

Le docteur Amersbach a eu l'occasion d'examiner une quantité assez considérable de pièces anatomiques provenant de l'Institut anatomo-pathologique de Fribourg-en-Brisgau. Les résultats de cet examen ont été rappelés par M. le docteur De Bovis, professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'École de Médecine de Reims, dans un article paru dans la *Semaine Médicale* du 28 décembre 1910.

Le docteur Amersbach, qui pratiqua l'examen de ces pièces, en vit un grand nombre qui offraient des signes plus ou moins marqués de salpingite purulente. Les feuilles d'observation clinique se rapportant aux opérées qui avaient fourni ces pièces ne présentaient aucune donnée pouvant expliquer ces infections. Il revint donc à l'examen microscopique et explora minutieusement ces trompes au point de vue de la tuberculose ; cette recherche fut négative.

« Si l'on en excepte 3 cas (sur 16 se rapportant à « des opérations pour prolapsus et où les phéno- « mènes inflammatoires pouvaient tenir aux tirail- « lements de l'utérus prolabé), il ne restait pour « expliquer ces salpingites qu'un seul facteur com- « mun : la grossesse. Dans le but de se rendre « compte si la grossesse pouvait par elle-même « engendrer des altérations analogues à celles qu'il « avait observées, Amersbach s'est mis à étudier « comparativement toutes les trompes de femmes « gravides qui se trouvaient en la possession de

« l'Institut. Le résultat de cette nouvelle étude fut « négatif : la grossesse en soi ne déterminait dans « les trompes aucune altération inflammatoire.

« Les pièces examinées étaient au nombre de 42, « 16 se rapportaient à des prolapsus, et parmi elles « 3 seulement présentaient des phénomènes inflam- « matoires (18 %). Les 26 pièces restantes avaient « fourni 11 salpingites (42 %). En relisant l'histoire « clinique de ces 11 dernières patientes, Amersbach « s'aperçut alors qu'elles avaient toutes un trait « commun et auquel il n'avait d'abord prêté aucune « attention : elles avaient été soumises à une dilata- « tion à la laminaire avant de subir leur curetage.

« Chez ces 11 patientes, les lésions étaient nota- « bles dans 3 cas, très marquées dans 8. Par l'accu- « mulation des leucocytes et des foyers purulents « dans la muqueuse, par la tendance de l'infection « à se propager par voie lymphatique, elles rappe- « laient ce qu'on voit dans l'infection puerpérale. « Mais alors que dans ce dernier cas, on trouve « facilement des microbes pyogènes prenant le Gram « que l'on aperçoit même sur les coupes histologi- « ques des streptocoques, dans les pièces en cause « Amersbach n'observa que deux fois des strepto- « coques.»

Les conclusions qu'on peut tirer de ces examens sont d'une grande importance pratique.

Les trompes affectées de salpingite provenaient de femmes qui avaient avorté depuis peu et chez lesquelles on avait pratiqué une dilatation aux laminaires comme temps préparatoire à un curetage.

La pathogénie des salpingites étudiées par Amers-

bach est des plus claire. Le vagin des femmes gravides contient à l'état normal des germes, le plus souvent inoffensifs. Mais les conditions créées par l'avortement et la présence de laminaire sont bien faites pour faire sortir ces germes de leur indifférence. On a rencontré des microbes saprophytes dans l'utérus puerpéral quelques jours après l'accouchement, à plus forte raison après un avortement qui a pu être provoqué dans des conditions d'aseptie défectueuse. C'est alors qu'intervient le rôle néfaste de la laminaire. En obturant le col utérin, elle crée une stase. Or, qui dit stase, lorsqu'il y a des micro-organismes dit infection presque à coup sûr. L'utérus étant infecté et surtout obturé, l'invasion de la trompe devient chose naturelle, presque forcée.

Amersbach et de Bovis font observer que la stase était de courte durée, et que les micro-organismes étaient généralement peu virulents. D'où des salpingites légères et peut-être fugaces. Mais il n'est pas permis de conclure qu'il en sera toujours comme dans les cas étudiés par Amersbach. M. de Bovis pense que dans le *traitement de l'avortement, l'emploi de la laminaire est à rejeter complètement.*

Les salpingites consécutives à la dilatation d'un utérus atteint de métrite n'ont pas d'autre pathogénie.

Les observations XXX et XXXI le démontrent.

PÉRITONITES ET PELVIPÉRITONITES

Dans des cas exceptionnels, on a observé des péritonites et des pelvipéritonites à la suite d'applications malheureuses de laminaires. La péritonite peut

être primitive ou secondaire à une salpingite qui aurait été elle-même produite par l'introduction d'une laminaire dans la cavité utérine.

OBSERVATIONS

OBSERVATION XXVI (inédite)
due à l'obligeance de M. le docteur Ferrari.

Dilatation aux bougies de Hégar. — Rupture du col

Mme G..., 28 ans, a fait, le 10 juin 1913, une fausse-couche de 3 mois provoquée avec l'aide d'une sage-femme. Elle appelle le docteur Ferrari 8 jours après les manœuvres abortives. Les pertes de sang, sans être trop abondantes, sont continuelles. Elles ont de l'odeur. La température est de 39°6.

M. Ferrari se propose de faire un curage digital pour extraire le placenta en rétention, mais le col s'est refermé. Une dilatation paraît nécessaire. Comme le temps presse en raison de l'infection, on fait sous anesthésie une dilatation aux bougies de Hégar. Cette dilatation est difficile, et après avoir passé le n° 10, M. Ferrari constate, en introduisant l'index droit dans le col, que l'orifice interne est rompu complètement ; la pulpe de l'index pénètre dans le paramétrium droit. Il peut néanmoins extraire les débris placentaires avec le doigt. Il fait très prudemment un lavage intra-utérin au Tarnier.

Les suites de cet accident furent fâcheuses. Outre une infiltration du ligament large droit qui ne fut cependant pas suivie d'un phlegmon, la malade fit une phlébite droite. Elle est actuellement complètement guérie.

OBSERVATION XXVII (inédite)
due à l'obligeance de M. le docteur Ferrari.

Dilatation aux bougies de Hégar. — Rupture du col

Elle concerne une femme de 34 ans, entrée salle Bichat en mai 1914 pour métrorragies abondantes dues vraisemblablement à une fausse couche remontant à un an.

On pratique, pour faire un curetage, une dilatation aux bougies de Hégar sous anesthésie. Après le passage d'une bougie du n° 12 on constate une déchirure de l'orifice interne à droite. Les suites ont pourtant été simples.

OBSERVATION XXVIII

(Stolz. Centralblatt für Gynakologie, 1910)
(Résumée)

Métrite aiguë consécutive à l'introduction de laminaires dans la cavité utérine

G. C....., 28 ans, se plaint de douleurs dans la région hypogastrique, s'accentuant au moment des règles. Ces dernières sont irrégulières, tantôt avançant, tantôt retardant ; leur durée est très variable, allant de 2 à 8 jours. Leur abondance est aussi soumise à de grandes variations. Dans l'intervalle, la malade accuse des pertes blanches considérables.

Antécédents génitaux : réglée à 15 ans. Trois grossesses normales. Les accouchements se sont produits dans de bonnes conditions.

Examen. — Au spéculum, on aperçoit un col volumineux, congestionné, présentant des érosions, de l'orifice duquel sortent des glaires.

On prescrit le traitement habituel des métrites, puis au bout de quelques jours, on introduit des laminaires dans la cavité utérine.

La première application n'est suivie d'aucun incident ; mais consécutivement à l'introduction d'une seconde laminaire dans l'utérus, la malade est prise d'un frisson ; la température s'élève à 39° et le pouls bat à 116.

L'utérus est très sensible à l'exploration : le vagin est chaud, le museau de tanche est tuméfié. Ces symptômes cédèrent au bout de quelques jours au traitement des métrites aiguës.

OBSERVATION XXIX (inédite)
due à l'obligeance de M. le docteur Ferrari

Paramétrite consécutive à une dilatation aux laminaires

Mme L....., de Tipaza, atteinte de salpingo-ovarite légère avec métrite, vient consulter un médecin de la ville qui pratique une dilatation aux laminaires.

Après la troisième laminaire, la malade ressent brusquement des douleurs très vives à l'hypogastre, avec frissons prolongés et température à 39°. Au toucher, on constate une réaction salpingienne bilatérale accentuée.

Par la suite la malade fit un phlegmon du cul-de-sac de Douglas que l'on traita par une colpotomie, puis un phlegmon du ligament large droit qui fut ouvert par la voie sous péritonéale.

Quelques mois plus tard, l'état des annexes de la malade s'aggravant, on fut obligé de pratiquer une castration totale.

OBSERVATION XXX (inédite)
due à l'obligeance de M. le docteur Ferrari.

Salpingite consécutive à une dilatation aux laminaires

Mlle D..., domestique, entre à l'hôpital civil de Mustapha, salle Bichat, en avril 1910.

On relève dans ses antécédents plusieurs fausses-couches. Elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre et de pertes blanches abondantes. A l'examen on fait le diagnostic de métrite fongueuse et on décide de pratiquer un curetage. On commence une dilatation avec une tige de laminaire qu'on laisse en place vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, on la retire et on la remplace par une autre de numéro supérieur et ainsi de suite. Le quatrième jour, la malade se plaint de douleurs plus violentes. La température est de 38°9. On pratique alors le toucher et l'on trouve une réaction annexielle intense bila-

térale qui nécessita un traitement médical pendant 3 mois. Au bout de ce temps la guérison fut complète.

Nous devons faire remarquer qu'à cette époque nous laissions les tiges de laminaires en place pendant 24 heures ce qui donnait le temps aux germes infectieux de se développer. Depuis que nous employons le procédé que nous avons indiqué au chapitre précédent nous n'avons plus observé d'accidents pareils.

OBSERVATION XXXI

(Stolz. *Centralblatt für Gynakologie,* 1910)

(Résumée).

Un cas de salpingite consécutive à l'application de laminaires.

Mme J. M..., 32 ans, entre à l'hôpital pour métrite. Depuis son dernier accouchement, elle se plaint de doulenrs dans le bas-ventre et de pertes blanches abondantes. Les règles sont irrégulières et douloureuses, obligeant la malade à se mettre au repos pendant toute leur durée.

Examen. — Palpation, pas de douleur appréciable à la pression dans les fosses illiaques ou au-dessus du pubis.

Toucher. — Col volumineux, déhiscent, granuleux, orifice externe irrégulier, cicatrice de la commissure gauche. Les culs-de-sac ne sont pas douloureux. Au spéculum, on aperçoit un col congestionné, volumineux, présentant plusieurs érosions et une cicatrice au niveau de la commissure gauche. Des glaires sortent du col.

On fait des injections chaudes et des pansements vaginaux. Puis on fait la dilatation du col au moyen de laminaires.

Au bout d'un mois de ce traitement, la malade ressent des douleurs dans la fosse iliaque gauche. A la palpation, cette région est douloureuse. Au toucher, on sent à travers le cul-de-sac gauche, qui est douloureux, une zone d'empâtement. Il s'était nettement produit une poussée d'annexite gauche. Après deux mois de traitement médical, les symptômes précipités devenant plus marqués, on se décide à enlever les annexes du côté gauche.

CONCLUSIONS

Nous pouvons maintenant établir nos conclusions sur la dilatation utérine en général. Elles sont tirées des considérations énoncées dans les deux derniers chapitres.

1° Les procédés de dilatation sont nombreux : les plus simples sont les plus acceptables. Nous repoussons systématiquement toute dilatation rapide à l'aide de dilatateurs métalliques à branches divergentes, parce que les accidents mécaniques qu'ils entraînent peuvent être très graves et sont assez fréquents ;

2° La dilatation utérine sera nécessaire toutes les fois que l'on voudra avoir accès dans la cavité de cet organe, soit dans un but diagnostique (et dans ce cas, elle est inoffensive), soit dans un but thérapeutique ; mais dans ce dernier cas, avec restriction ;

3° Toutes les fois qu'une dilatation sera nécessaire, la dilatation lente, progressive et prudente avec des laminaires perforées et suivant la technique que nous avons indiquée au chapitre IV, pourra être employée sans danger. Cette dilatation est nécessaire, indispensable :

a) dans toutes les métrorragies qui n'ont pas fait leur preuve. Elle a en pareil cas un rôle non seulement diagnostique mais thérapeutique puisqu'elle peut être suivie, soit d'un curage digital (exceptionnellement), soit d'un curetage (polype, métrite fongueuse);

b) dans les métrites anciennes, avec sténose de l'orifice externe. Dans ce cas elle doit être répétée et maintenue quelque temps parce qu'elle facilite le draînage et permet d'agir efficacement sur la muqueuse utérine.

4° La dilatation très lente, faite prudemment, et en surveillant les malades de très près, pourra être tentée dans les salpingites légères sans réaction fébrile. Elle n'est cependant pas indipensable.

Nous la repoussons dans tous les autres cas de salpingite pour les raisons que nous avons indiquées dans les deux derniers chapitres.

5° Dans les cervicites la dilation chirurgicale a une action véritablement thérapeutique car, en même temps qu'elle assure le libre écoulement du mucus d'une façon permanente, elle modifie la muqueuse du col.

6° La dilatation est à rejeter systématiquement dans les fibrômes, son rôle hémostatique et anesthésique est problématique. Quant à son rôle dans l'extraction des fibrômes, s'il n'est pas nul, il est tout au moins dangereux pour les raisons que nous avons indiquées au chapitre IV.

7° La dilatation chirurgicale par des procédés de stomatoplastie doit être tentée dans des cas de dysménorrhée et de stérilité qui ont résisté à la dilata-

tion par le procédé de Pinard, mais dans les cas où il s'agit seulement de sténose du col et non dans les cas compliqués d'hypoplasie ovarienne ou de dégénérescence scléro-kystique des ovaires.

8° En résumé, la dilatation utérine, malgré la grande vogue qu'elle paraît avoir acquis depuis plusieurs années, a des indications restreintes, mais précises. Elle doit être toujours faite avec les plus grands soins d'aseptie, prudemment et le chirurgien et le gynécologue devront toujours, avant de l'employer, discuter ses indications et ses contre-indications qui varient du reste non seulement avec chaque affection mais avec chaque malade.

BIBLIOGRAPHIE

Baudron. — De l'antéflexion congénitale dans ses rapports avec la stérilité. (Congrès périodique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie, III[e] session, Nantes, 23-29 septembre 1901, in *Gazette des Hôpitaux).*

Bedford Tenwick. — Traitement de la dysménorrhée et de la stérilité dues à la sténose du col par l'incision. (*Brit. gyn. Society,* 10 décembre 1903).

Bétrin. — De la nouvelle méthode du professeur Vuillet pour obtenir la dilatation de la cavité utérine. (*Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie,* 1886, p. 33).

Beurnier. — Du Traitement des Métrites. (*Journal de Médecine de Paris,* 3 avril 1897).

Blum. — Du drainage prolongé de l'utérus consécutif à la dilatation et au curetage. *(Thèse,* Paris, 1900).

Bovis (De). — Salpingites et laminaires. (*Semaine Médicale,* 1910, p. 507).

Brickner. — Etude sur 73 cas d'opération de Dudley pour dysménorrhée et stérilité. (*Surgery Gynecology and Obstétrics,* E. XIII, n° 5, novembre 1911).

Charpentier. — Les nouvelles méthodes de dilatation totale de l'utérus. (*Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie,* 1886, p. 693).

Curran Pope. — Dilatation artificielle. (*Journal of the American Medical Association,* n° 19, 8 mai 1909).

Dmitrowsky. — Dilatation mécanique de l'utérus sur le cadavre. Étude expérimentale. (*Thèse doctorat,* Pétrograde, 1895).

Doléris. — La stérilité féminine. La gynécologie, t. 8, p. 483. Aperçu synthétique sur les fonctions, la pathologie et la chi-

rurgie du col utérin. Compte rendu du Congrès de Chirurgie, 1889. Traitement des atrésies artificielles. (*Bulletin et Mémoires Société Méd. Chir. de Paris,* 23 mars 1903). Énucléation des fibrômes utérins par la voie vaginale. Reproduction de nouvelles tumeurs. (*La Gynécologie,* décembre 1910).

Dravis Gibb. — Dilatation de l'utérus pour stérilité. (*New-York Obstetrical, Society,* avril, in *American Journal of Obst.* août 1895.

Funk-Brentano et Planchu. — Traitement de la stérilité. *La Gynécologie,* octobre 1912.

Gerry Holden. — Dilatation et curetage pour Dysménorrhée dans 95 cas. *American Med.,* 4 novembre 1905.

Professeur A.-P. Goubarey. — Traitement de la dysménorrhée et de la stérilité dans le rétrécissement congénital du col. *Journal d'accouchement et de gynécologie de Saint-Pétersbourg.* Janvier 1900.

Gutierrez. — Danger de la dilatation dans les dysménorrhées. *Revista ibero-americana de ciencias medicas.* N° 64. Décembre 1909.

Guyon. — Des tumeurs fibreuses de l'utérus. *Thèse d'agrégation.* Paris, 1860.

Grunbaum. — Contre les tiges de laminaires. Discussion. *Société de médecine et polyclinique de Nuremberg,* 27 octobre 1910.

Hensel. — La Dysménorrhée. Saint-Paul. *Méd. Journal.* Octobre 1905.

Herz. — Sur la dilatation rapide de l'utérus, avec quelques remarques sur le curetage. (*Centralblatt Für Gynakologie,* n° 32, 10 août 1912.)

Jeanne. — Perforation du col de l'utérus par les laminaires. (*Société de médecine de Rouen,* 14 mars 1904.)

Kakoushima. — Contribution au traitement des fibrômes de l'utérus par la dilatation. *Société d'Obst. et de Gyn. de Pétrograde,* 1900.

Krunmacher. — Contribution à l'étude de la technique et des indications de la dilatation utérine.

Lefèvre. — Une forme commune de la stérilité féminine et son traitement. *Thèse.* Paris, 1898.

Lusk. — Dilatation de l'utérus pour métro-salpingite (*New-York obstetrical Society in American Journal of obstetrique.* Avril 1895.)

Lutaud. — Sur le traitement des métrites. *Journal de médecine de Paris,* 22 août 1897.

A.-V. Mars. — De l'élargissement de l'orifice externe du col par le procédé de Rosner. *Centralblatt für Gynakologie.* N° 8, 27 février 1897.

Maury. — Importance de l'exploration interne de l'utérus dans les métrorragies. *Thèse.* Alger, 1912.

Mendelsohn Guirche. — Les accidents dus aux laminaires. *Thèse doctorat.* Montpellier, 1913.

R. Murray. — La dysménorrhée. *Northwesten Med. And Surg. Society of New-York,* 17 mai 1899.

Nigoul-Foussal. — La stomoplastie par évidement commissural du col. *Thèse,* Paris, 1902.

Nivet. — Contribution à l'étude de l'énucléation des fibrômes utérins. *Thèse,* Paris, 1905.

Perrier. — Du traitement des salpingites par la dilatation associée à l'irrigation et au draînage de la cavité utérine. *Thèse.* Paris, 1900.

Pichevin. — Dilatation utérine et salpingo-ovarite. (*Semaine Gynécologique,* n° 33, page 249, 15 août 1911.) De la dilatation utérine de la matrice dans le cas d'hémorragie utérine. *Semaine Gynécologique,* 28 novembre 1905.

Pineau (Alfred). — Des résultats éloignés de la stomatoplastie par évidement commissural du col. *Thèse doctorat.* Paris, 1912.

Porak. — Dilatation de l'utérus à l'aide de tentes aseptiques. (*Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie,* juillet-août 1887.)

Pozzi. — Traité de Gynécologie. Des métrites cervicales sténosiques vraies. XVII[e] *Congrès international de Médecine,* Londres, août 1913.

Rosner (Alex.). — Technique de la discision de l'orifice externe sténosé du col utérin. *Centralblatt Für Gy.,* n° 8, 27 juillet 1897.

Routier. — Expulsion d'un polype fibreux de l'utérus. *Mémoire de la Société de Chirurgie de Paris*, 1893.

Sanger. — De la dilatation et du toucher intra-utérin comme acte préalable au traitement. *Centralblatt für Gyn.*, n° 7, février 1898.

Stoltz. — Technique de la dilatation par les laminaires. *Centralblatt Für Gyn.*, 3 juillet 1909, n° 27, page 1.088.

Strauss. — Recherches cliniques et bactériologiques sur la dilatation de l'utérus par les laminaires. *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynakologie*. E., LXX, 1912, p. 136.

Szelechowski. — D'un procédé d'extraction des fibrômes intra-utérins par énucléation vaginale après dilatation forcée du col. *Thèse*. Toulouse, 1908.

Van de Warker. — Traitement de la sténose du col. *The Internat. J. Of Surgery*. Sept. 1905.

Vanverts. — Moven d'éviter la disparition des laminaires dans la cavité utérine. (Soc. Cent. Médecine du Nord. *Écho Médical du Nord*, n° 28, 9 juillet 1906.)

Vuillet. — De la dilatation de l'utérus par le procédé des obsturations successives. *Nouvelles archives d'obst. et de Gyn.*, 1887, p. 446.

Wendel. — Dilatation artificielle du col. *Mondtrschrift für Geburtshülfe und Gynakologie*, 6 juin 1909.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction et Historique	11
Chapitre premier. — Procédés opératoires	15
Procédés non sanglants	16
Procédés sanglants	20
Opérations de stomatoplastie	21
Chapitre II. — Rôle diagnostique	26
Observations	30
Chapitre III. — Rôle thérapeutique	33
Métrites	33
Salpingites	24
Cervicites	37
Fibrômes	38
Stérilité et dysménorrhée	42
Observations	51
Chapitre IV. — Indications	61
Observations	68
Chapitre V. — Dangers	75
Observations	84
Conclusions	88
Bibliographie	91

Vu :

Le Président de Thèse,

Dr ROUVIER

Vu :

Le Doyen de la faculté mixte de médecine et de phamacie d'Alger,

Dr CURTILLET

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 18 juin 1915

Le Recteur de l'Académie d'Alger

ARDAILLON

Imp. L. Boudet, 9, Rue Ducos-de-la Hitte, Alger.